

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1919-1920. — N° 103

DES
Résultats éloignés des Entérectomies

POUR
TUBERCULOSE ILÉO-CŒCALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le 7 Février 1920

PAR

CHARLES PERRÈVE

*Interne de l'Hôpital St-Joseph
Décoré de la Croix-de-Guerre*

Né à Bessèges (Gard), le 24 août 1893



LYON

ANCIENS ÉTABLISSEMENTS LEGENDRE

14, rue Bellecordière, 14

—
1920

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 103

DES
Résultats éloignés des Entérectomies

POUR
TUBERCULOSE ILÉO-CŒCALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le 7 Février 1920



PAR

CHARLES PERRÈVE

*Interne de l'Hôpital St-Joseph
Décoré de la Croix-de-Guerre*

Né à Bessèges (Gard), le 24 août 1893



LYON

ANCIENS ÉTABLISSEMENTS LEGENDRE

14, rue Bellécordière, 14

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ..... DOYEN.
J. LEPINE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, MORAT, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD.
Clinique ophtalmologique.....	TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	BÉRARD.
Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS.
Physique biologique, radiologie et physiothérapie.....	LEPINE (J.)
Chimie biologique.....	WEILL.
Chimie organique et toxicologique.....	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique.....	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENQ
Anatomie.....	MOREL.
Anatomie générale et Histologie.....	MOREAU.
Physiologie.....	GUIART.
Pathologie interne.....	X.
Pathologie et Thérapeutique générales.....	POLICARD.
Anatomie pathologique.....	DOYON.
Médecine opératoire.....	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.....	MOURIQUAND.
Médecine légale.....	PAVIOT.
Hygiène.....	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique.....	ARLOING (F.)
Pharmacologie.....	ETIENNE MARTIN
	COURMONT.
	PIC
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	MM. LANNOIS.
Pathologie externe.....	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.....	MM. BARRAL, agrégés
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN. —
Chirurgie infantile.....	NOVE-JOSSERAND —
Accouchements.....	COMMANDEUR, —
Embryologie.....	LATARJET. —
Anatomie topographique.....	PATEL, —
Botanique.....	BRETIN. —
Chirurgie expérimentale.....	VILLARD. —
Clinique infantile.....	X.
Déontologie et médecine professionnelle.....	X.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	BRETIN	GARIN	DUROUX
COMMANDEUR.	LERICHE	SAVY	BONNAMOUR
NEVEU-LEMAIRE	THEVENOT (Léon)	FROMENT	chargé des fonctions
LAROYENNE	TAVERNIER.	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT
VORON.	CADE	PIÉRY	chargé des fonctions
NOGIER.	GUILLEMARD	COTTE	
LATARGET			

M. BA YLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Président de Thèse : M. le Prof^r TIXIER

Prof^{rs} agrégés : MM. BÉRARD, LERICHE et COTTE

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MONSIEUR LE D^r L. TIXIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

*qui a bien voulu me faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

Arrivé au terme de mes études je me fais un devoir et un plaisir de remercier mon Maître le D^r Goullioud qui m'a indiqué le sujet de ce travail.

D'abord externe et interne suppléant dans son service pendant l'année scolaire 1913-1914, puis interne depuis le 15 janvier 1919, j'ai la fierté de pouvoir me dire son élève.

Pour la rédaction de cette thèse j'ai eu à ma disposition la richesse des documents accumulés dans son service pendant un quart de siècle. Je n'ai fait souvent que transcrire des pages entières d'observations, écrites de sa propre main après des matinées de labeur.

J'ai eu chaque jour l'exemple du travail et d'un dévouement sans bornes, j'ai été à tout instant à l'école de la précision la plus scrupuleuse dans les diagnostics et les indications opératoires. J'ai eu l'honneur et la bonne fortune d'être depuis un an, son aide dans ses séances d'interventions presque quotidiennes parmi lesquelles j'ai vu les plus brillantes et les plus hardies.

Je remercie respectueusement mon Maître le

D^r Goullioud de ses leçons expérimentées et le prie d'accepter l'humble hommage de ce modeste travail.

Je dois aussi adresser mes remerciements au D^r Olivier, chirurgien assistant à l'hôpital St-Joseph, qui m'a fourni aimablement l'observation très intéressante d'une malade qu'il opéra pendant la guerre. Je lui garde reconnaissance de la sympathie qu'il m'a toujours témoignée et des leçons nombreuses qu'il m'a données au chevet du lit des malades et au pied de la table d'opération.

Lyon-Janvier 1920.

INTRODUCTION

Les résultats immédiats de l'entérectomie ont été étudiés dans de nombreux travaux, thèses ou communications faites dans les sociétés de chirurgie. Mais les résultats éloignés ont été moins recherchés et la cause réside dans ce que les malades, malgré les recommandations des chirurgiens, n'envoient plus de leurs nouvelles, changent de lieu de résidence et il est impossible de les retrouver.

Ici, dans la série d'observations que nous allons étudier, la tâche nous a été facilitée par le genre des malades qui appartenaient pour la plupart à des petits villages de la région lyonnaise ou des départements avoisinants. Il nous a été commode alors de les retrouver. Nous avons dirigé nos recherches sur vingt et un malades ; sur ces vingt et un dont deux moururent de suites opératoires nous avons pu en suivre quinze depuis leur opération jusqu'à nos jours.

Nous avons cru nos recherches intéressantes, maintenant que la chirurgie intestinale est bien pré-

cisée dans sa technique et ses indications opératoires.

Ce n'est pas en nous basant sur cette petite série d'observations que nous avons l'intention d'ériger une statistique. Nous n'avons d'autre but que de faire connaître le résultat thérapeutique qui a été obtenu dans un avenir lointain pour un groupe d'entérectomies pour tuberculose iléo-cœcale.

HISTORIQUE

En 1887, pour la première fois en France Bouilly pratiqua l'entérectomie sur une malade qui était atteinte de tumeur du cœcum. Il en faisait le rapport au *Congrès de Chirurgie* en 1889 et croyait avoir enlevé un lymphosarcome suivant l'examen histologique du D^r Pilliet. Ce n'est qu'en 1892 qu'un nouvel examen de la pièce révéla qu'il s'agissait de lésions tuberculeuses.

Czerny en Allemagne avait pratiqué avec succès l'entérectomie pour tuberculose du cœcum, un an auparavant en 1886.

Depuis, les interventions de ce genre se multiplièrent et de nombreux travaux parurent ; nous ne citerons que les plus importants.

Le Bayon en 1892, Benoît et Baillet en 1893, Carrel en 1897, publient des thèses fort documentées donnant les premières précisions sur cette question encore inconnue quelques années auparavant. En 1902 Dieulafoy dans une leçon magistrale créait le terme de tuberculome du cœcum.

Bertier (en 1902) élève de notre Maître le D^r Goulioud publia une thèse très intéressante sur les indications le manuel opératoire et les résultats de l'entérectomie dans les tumeurs du cœcum.

Puis en 1904 Crouzet, Aglave et Belgrand apportent de nouveaux documents dans de nouvelles thèses.

En 1905 le traité de Bérard et Patel jeta une vive lumière sur toutes les tuberculoses intestinales relevant de la chirurgie et ce fut le signal d'une recrudescence de travaux, de communications et de présentations de malades dans les sociétés de chirurgie. Nous mentionnerons seulement les travaux d'Hartmann en 1907 dans la « *Revue de Chirurgie* » les communications de Jaboulay, la thèse de Geslin sur la tuberculose sténosante du cœcum chez l'enfant en 1909 ; le travail de Guérin, élève de Delore, sur le « *Lyon Médical* » en 1917 ; enfin, la communication de Pauchet en 1918 sur l'extirpation aseptique du côlon droit pour tuberculose ou cancer.

L'entérectomie pour tuberculose iléo-cœcale donna de riches espoirs dès sa naissance. La malade de Czerny, opérée en 1886 vivait encore trois ans après ; celle de Bouilly opérée en 1887 était en bonne santé en 1891, et un opéré de Gussenbauer en 1889 donnait encore de ses nouvelles huit ans après. Dieulafoy racontait dans ses cliniques l'histoire d'une femme opérée par Legueu et que huit mois après, ses élèves avaient peine à reconnaître tant elle avait engraisée.

Mais à côté de ces succès d'autant plus brillants qu'ils se passaient en un temps où la chirurgie ne jouissait pas de toutes les ressources que nous possédons actuellement, il faut penser aux insuccès nombreux.

Belgrand en 1904 publie dans sa thèse dix-neuf résections intestinales avec onze guérisons opératoires. Trois malades seulement sont suivis dans leur existence ultérieure ; l'un meurt deux ans après de tuberculose pulmonaire, les deux autres sont les malades de Bouilly et Czerny dont nous avons parlé ci-dessus.

En 1905 Roux (de Lausanne) fait une liste de 249 malades depuis 1888, opérés par différents procédés avec 80 % de succès opératoire pour l'entérectomie.

Crouzet, la même année, étudie 71 malades chez qui l'ont fit des résections iléo-cœcales. Il y eut seize morts de suites opératoires, c'est-à-dire une mortalité immédiate de 20 %. Sur les cinquante-cinq restants les résultats éloignés purent être suivis sur dix malades seulement. Voici ces résultats : trois malades meurent de tuberculose pulmonaire quelques mois après l'intervention, un quatrième fait de la récurrence de tuberculose intestinale au bout de quatre ans. Les six autres sont encore en bonne santé, l'un cinq ans, les autres quatre ans, deux ans et un an après l'intervention.

Pauchet au dix-neuvième congrès de chirurgie de Paris en 1905 cite quatre cas avec deux guérisons éloignées, l'une datant de six ans, l'autre de quatre.

En 1907 Hartmann dans la « *Revue de Chirurgie* » réunit deux cent vingt-neuf entérectomisés, il compte quarante six morts de suites opératoires. Si l'on ajoute, dit-il, les morts tardives de tuberculose pulmonaire, péritonéale, intestinale, c'est un résultat médiocre.

Mais il faut distinguer deux périodes, l'une avant, l'autre après 1900 ; le pourcentage de la mortalité s'abaisse dans les années postérieures à 1900. L'on trouve 30 % avant ; 12 % après.

A la Société de Chirurgie de Paris en 1910, Le-gueu à propos d'une observation communiquée par Coville, de Lyon, déclara avoir des guérisons datant de deux, six et huit ans.

Enfin Guérin, élève de Delore, en 1917 étudie six malades auxquels le Dr Delore fit des entérectomies avec succès. Un d'eux, opéré en 1910, était encore en vie en 1917, un autre voyait sa guérison se maintenir trois ans après.

Un MOT de TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Les détails techniques se trouvent dans les observations mais il nous paraît utile de dire quelques mots en passant, du manuel opératoire employé par le D^r Goullioud, cela permettra de mieux juger les résultats obtenus. Cette technique est d'ailleurs décrite en détails dans la thèse de Bertier (1902) qui nous précéda, il y a dix-huit ans, à l'hôpital St-Joseph.

Résection en un temps le plus souvent. Il y aura lieu de faire dans l'avenir une plus large place à l'opération en deux temps.

L'opération est commencée par une entéro-anastomose très distante des lésions. Anastomose latéro-latérale large à deux plans de suture au fil de lin.

Section du grêle en aval de l'anastomose et très près de celle-ci ; fermeture en cœcum sans laisser de poche en dessous de l'anastomose.

Section du côlon ascendant ou transverse en

amont de l'anastomose, près de celle-ci et fermeture en cœcum en ayant soin de ne pas laisser de poche.

Extirpation de la tumeur, section du mésocôlon sur des pinces étagées.

Drainage. Suture.

Ces anastomoses latéro-latérales ont, toutes, très bien fonctionné et d'une façon durable, comme nous le verrons. Ce sont donc de bonnes anastomoses.

SUITES OPÉRATOIRES

1° SUITES IMMÉDIATES

Nous n'insisterons pas sur ces suites immédiates, qui sont celles de toute la chirurgie des voies digestives. Nous dirons seulement que dans notre série de malades, il y a eu deux cas de mort post-opératoire : un cas de shock chez un enfant et un cas de pneumonie. A ajouter un cas de péritonite aiguë à la suite d'une deuxième entérectomie pratiquée chez une malade atteinte de récurrence des lésions intestinales.

2° SUITES ÉLOIGNÉES

En examinant l'avenir de ces opérés, nous voyons que beaucoup recouvrent la santé complète et définitive. Sur quinze malades que nous avons pu suivre, dix restent guéris après plusieurs années. Mais il y a les malheureux que l'on avait pu arracher à une mort prochaine par une intervention heureuse et qui meurent à une époque plus ou moins éloignée

de l'opération subie. En recherchant dans nos observations les causes de ces décès nous avons trouvé la tuberculose pulmonaire, la méningite tuberculeuse, la récédive de tuberculose au niveau de l'intestin.

Bref, nous avons à faire à des malades en puissance de tuberculose. Leurs lésions iléo-cœcales peuvent en être la première manifestation, elles peuvent évoluer primitivement chez des sujets n'ayant présenté jusque-là aucune autre manifestation. Mais c'est aussi bien souvent que l'on retrouve dans les antécédents de ces malades la signature d'une tuberculose torpide évoluant sournoisement depuis l'enfance quelquefois. Il y a eu une tumeur blanche, une coxalgie ou une otite dans l'enfance, ou plus tard une pleurésie, des bronchites à répétition.

Il s'agit donc de tuberculeux, qui, fort heureusement, ne font souvent pas d'autre localisation, mais qui peuvent en faire à la première occasion et il n'y a pas lieu de s'étonner de l'éclosion de ces nouvelles poussées, plus graves, hélas ! car l'on se trouve souvent désarmé et l'évolution en est fatale.

La tuberculose pulmonaire existe parfois au moment de l'intervention et continue à évoluer dans la suite. D'ailleurs elle n'est pas une contr'indication à l'opération quand elle n'est pas trop avancée, mais elle constitue au contraire une raison de plus pour ne pas la différer. Il faut en effet intervenir le plus précocement possible et Dieulafoy dans ses cliniques s'était fait le défenseur de l'action immédiate. En effet, presque toujours la tuberculose pulmonaire est secondaire à la tuberculose du cœcum, et plus

tôt seront extirpées ces lésions intestinales, moins l'infection risquera de se propager et moins on verra de phthisie emporter ces malades que l'on avait pu arracher un moment à la mort.

Il n'est pas douteux, d'autre part, que les lésions pulmonaires peu avancées peuvent rétrocéder après l'intervention, probablement du fait du retour à une digestion normale. Nous pourrions voir dans trois de nos observations, les VI^e, VIII^e et XII^e, que des sommets suspects ou une toux inquiétante nous avaient laissés dans une certaine anxiété, mais l'évolution ultérieure fut très favorable, et le retour à la santé fut complet.

Jadis, tous les classiques, à l'appui de la loi de Louis, affirmaient que la tuberculose intestinale était toujours secondaire à la tuberculose pulmonaire. On ne pouvait concevoir l'existence d'une lésion intestinale de nature tuberculeuse sans l'existence d'une tuberculose pulmonaire préexistante évoluant franchement ou sournoisement.

C'est à la chirurgie, dès les premiers opérateurs que l'on est redevable de la connaissance de formes de tuberculose intestinale vraiment primitive, comme le tuberculome du cœcum, au même titre qu'une tuberculose osseuse ou articulaire.

Crouzet dans sa thèse, en 1902, déclare que si, sur un même sujet, l'on rencontre à la fois des lésions bacillaires aux poumons et au cœcum (ces dernières surtout du type hypertrophique) les lésions du poumon sont l'effet et non la cause des lésions du cœcum.

Sans être aussi affirmatif, et tout en admettant ce fait capital que la tuberculose du gros intestin est souvent primitive, comme cela est établi depuis le mémoire de Pilliet et Hortmann en 1891, nous suivrons l'opinion autorisée de Bérard et Patel : la tuberculose intestinale est tantôt primitive, tantôt secondaire. Primitive, répétons-le, elle l'est fréquemment ; secondaire elle l'est aussi parfois, consécutive à des lésions des sommets et l'infection se fait soit par voie sanguine, soit par voie digestive par la déglutition des crachats.

L'éclosion soudaine d'une méningite bacillaire n'a pas lieu de nous surprendre chez ces malades dont les humeurs ont charrié des bacilles de Kock. Cependant nous n'avions trouvé aucune observation la signalant, et ce n'est que tout dernièrement, le 29 décembre, que le D^r Vitaut de Charlieu (Loire) nous apprit la mort par méningite bacillaire d'une malade opérée avec succès dans notre service six mois auparavant et chez laquelle le D^r Goullioud avait enlevé 21 centim. d'intestin malade. Cette opérée qui allait bien mieux et avait repris du poids succomba en dix jours à cette méningite dont la nature tuberculeuse fut vérifiée par ponction lombaire. A ajouter aussi qu'un des sommets commençait à devenir inquiétant depuis quelques semaines.

Dans les observations que nous allons étudier ci-dessous nous verrons une de nos opérées faire de la récurrence de tuberculose intestinale. Ces récurrences que l'on voit citées chez les auteurs qui ont suivi leurs malades, ne semblent pas très fréquentes. Elles ne

surviennent pas ordinairement avant un délai de plusieurs années. Notre malade eut une récurrence au bout de neuf ans, elle mourut malheureusement d'une péritonite à la suite d'une nouvelle résection intestinale qui avait eu pour but de supprimer à la fois ces lésions et une fistule intestinale.

Crouzet dans sa thèse cite aussi l'observation d'une malade qui récidiva quatre ans après.

Ces récurrences plus fréquentes jadis où l'on s'appliquait à faire des interventions économiques sont devenues et deviendront plus rares depuis que l'on s'est mis aux résections larges que l'on n'osait tenter auparavant. L'on s'appliquait autrefois à être parcimonieux, on n'enlevait que le cœcum ou partie du cœcum. Bérard et Patel dans leur traité recommandent l'extirpation large : l'étendue de la résection, disent-ils, ne semble pas conditionner la gravité de l'opération. Dans la région iléo-cœcale on a fait des résections très étendues en raison de la diffusion des lésions ; Jaboulay a enlevé le cœcum, le côlon ascendant, le transverse chez un malade. Le résultat de ces entérectomies très larges est très bon.

Les malades de nos observations ont tous subi des entérectomies larges : les sections intestinales ont porté sur des parties saines, loin des lésions. La longueur des parties réséquées y a varié toujours entre trente et quarante centimètres. Cannaday de Charleston, dans les « *Annals of surgery* » du 4 avril 1919 cite un cas opéré par lui, où il enleva 3 mètres d'intestin grêle, le cœcum et le côlon ascendant. Il cite aussi soixante huit cas avec neuf morts seule-

ment dont l'étendue des résections allait de 1 mètre 92 à 5 mètres 40. La gravité de l'intervention, écrit-il, ne paraît pas en rapport direct avec l'étendue des résections puisque les huit derniers cas rapportés dépassent 4 mètres et ont donné huit guérisons. L'étendue démesurée de ces résections intestinales fut nécessitée par la diffusion des lésions, et de multiples strictures. Mais là, il ne s'agissait plus alors de tuberculose « iléo-cœcale » lésions relativement localisées, comme l'indique le nom et qui n'exigeront pas de telles résections.

Les succès opératoires publiés par Cannaday n'ont pas été suivis longuement chez ces malades et il est douteux que des sujets ayant subi des entérectomies de quatre ou cinq mètres puissent avoir une longue survie.

Ces manifestations tuberculeuses ne sont pas les seuls accidents pouvant troubler l'avenir des malades. Les accidents d'occlusion aiguë ou de subocclusion par brides se voient parfois. Ces brides qui peuvent être la conséquence de toutes les grandes interventions abdominales et qui n'ont rien de spécial souvent dans ces entérectomies peuvent être dues à une péritonite bacillaire. Lorsque les malades ont présenté dans leurs suites opératoires des phénomènes péritonéaux, ces brides occlusives ne sont pas faites pour surprendre ; mais chez ceux dont les suites furent simples ces adhérences paraissent fort de nature bacillaire et il s'agit de péritonite tuberculeuse, nouvelle manifestation du bacille de Kock. Une de nos malades dont l'observation suit fut prise

six ans après l'entérectomie subie, d'occlusion aigüe et fut opérée par le D^r Perriol de Grenoble, qui libéra l'intestin d'adhérences qui l'étranglaient. La santé est parfaite depuis cette époque, il y a onze ans passés. Les suites opératoires de cette malade ayant été des plus simples il se pourrait qu'il s'agisse ici de péritonite tuberculeuse fibro-adhésive.

Les entérectomisés ont parfois des phénomènes légers de subocclusion sans que cela présente une haute gravité ; ils ont des coliques, des gargouillements, de la difficulté pour aller à la selle.

Nous n'avons pas parlé des fistules intestinales consécutives à l'intervention et nous n'y insisterons pas car elles constituent un accident des suites opératoires immédiates. Elles ne sont pas rares mais sont ordinairement assez petites et leur écoulement est souvent limité à un léger suintement. Elles ne nous ont pas paru avoir une influence défavorable sur l'état général ; elles constituent surtout une petite infirmité gênante dans la plupart des cas. Lorsqu'elles sont de plus grande importance il n'en est pas de même et les réinterventions pour cure de ces fistules devient alors nécessaire : nous en verrons deux cas dans les observations ci-dessous. Dans un autre cas, celui de l'observation I, la fistule diminua en quelques mois et se tarit.

ÉTUDE DE NOS RÉSULTATS

Nous avons réuni vingt et une observations de malades ayant subi des résections iléo-cœcales. Sur ces vingt et un malades deux seulement sont morts de suites opératoires ; l'un de pneumonie, l'autre de Shock. Cette intervention quoique grave ne comporte donc pas un pronostic immédiat mauvais. A peine 10 % de morts dans notre série : ce sont là les chiffres de pertes de toutes les grandes interventions sur le tube digestif. Nous ajouterons d'ailleurs qu'il s'agit là d'une série en particulier et que toute autre série pourrait être plus heureuse ou plus malheureuse. Ce pourcentage n'est donné qu'à titre d'indication dans le cas particulier.

Celui de nos malades qui mourut de shock opératoire était âgé de quinze ans. L'intervention qu'il subit, longue quoique sans excès, s'était passée correctement. Le jeune âge du sujet put être une cause de cet insuccès, mais, d'une part, des faits analogues s'étant produits dans des résections pour tumeurs cancéreuses du côlon et d'autre part l'exemple de certains chirurgiens comme le D^r Delore (particulièrement pour les pylorectomies) donnèrent au D^r Goullioud une tendance à une plus grande méfiance et à préférer dans certains cas l'opération en deux

temps. Chez les jeunes malades, chez les sujets débiles, anémiés ou déjà un peu cachectisés, chez ceux porteurs de fistules pyo-stercorales ; le bénéfice de ces interventions en deux temps ne peut être que très grand. L'anastomose iléo-colique ou iléo-sigmoïdienne permettra aux malades de reprendre des forces et de la vigueur en s'alimentant convenablement. D'ailleurs, il est aujourd'hui bien établi et indiscutable que la simple anastomose fait atrophier la tumeur, diminuer les lésions, réduire ou tarir la sécrétion des fistules. Lorsque l'on interviendra quatre ou cinq semaines plus tard pour faire l'entérectomie l'on trouvera déjà une tumeur en voie de diminution ; l'on agira sur un sujet qui a repris des forces et se trouve dans un état de plus grande résistance ; s'il y avait des fistules, le champ opératoire est devenu moins septique et les risques d'infection sont moindres. C'est un bénéfice que l'on ne peut refuser à ceux pour lesquels l'indication se pose et le D^r Goullioud employa cette méthode, devant nous, avec succès sur une malade dans un très mauvais état général. Le premier temps fut fait sous anesthésie locale sans que la malade souffre beaucoup. Cette anesthésie locale que notre Maître le D^r Goullioud emploie particulièrement avec succès pour les gastro-entéro-anastomoses nous paraît indiquée constamment dans le premier temps, c'est-à-dire l'anastomose. Elle évitera à ces malades dans un état général précaire le shock d'une anesthésie générale que l'on emploiera avec une durée bien réduite pour le second temps de l'opération.

Sur nos vingt et un malades, avons-nous dit, deux moururent de suites opératoires. Des dix-neuf restants, quatre ont échappé à nos recherches et nous avons pu étudier les suites éloignées seulement dans quinze observations. En voici les résultats : dix survies, cinq morts.

Les causes de nos cinq décès furent deux fois la tuberculose pulmonaire, une fois la méningite tuberculeuse, une autre fois une péritonite aiguë complication malheureuse post-opératoire d'une ré-intervention pratiquée pour récurrence des lésions tuberculeuses intestinales et fistule. Le cinquième décès eut pour cause une intolérance gastrique complète qui resta d'origine inconnue pour le médecin traitant et que l'on doit peut-être attribuer à des lésions gastriques de même nature que les lésions intestinales. Cette malade avait eu dans ses antécédents de la gastralgie et des vomissements noirs. Les trois premiers décès survinrent à une époque très rapprochée de l'intervention : quelques mois après. Mais les deux derniers survinrent après une survie de neuf ans.

La série que nous étudions offre donc $1/3$ de décès dans l'étude des suites éloignées, décès échelonnés sur une période de dix-sept ans, époque de nos premières observations.

Ce résultat doit être la moyenne ordinaire de toute enquête sincère s'appliquant à suivre longuement ces genres d'opérés. Sans proclamer qu'il soit parfait, nous dirons qu'il est vraiment favorable.

Si d'ailleurs nous faisons remarquer, à nouveau que parmi ces cinq décès, il y a eu deux survies de neuf ans et que d'autre part l'on est intervenu parfois dans des cas peu encourageants où il y avait un état général inquiétant et des sommets suspects, notre confiance s'affermira.

Cette confiance est confirmée, d'ailleurs, par les résultats excellents observés chez nos dix survivants qui ont certains, des survies datant de loin.

L'opération subie remonte :

dans 3 cas à 17 ans.

dans 1 cas à 16 ans.

dans 2 cas à 10 ans.

dans 1 cas à 7 ans.

dans 1 cas à 5 ans.

dans 1 cas à 3 ans.

dans 1 cas à 2 ans.

Tous ces sujets vont très bien, ils vivent tous très satisfaits, et vivront peut-être longtemps encore.

Ils ont tous des métiers pénibles : il y a des ouvrières d'usines, des ouvriers, des cultivateurs, l'une de ces malades, enfin, est une sœur des Missions Africaines et depuis dix ans, elle habite le Niger où elle supporte très bien une existence de fatigues sous un climat tropical. Certains avaient des lésions au début des sommets, par exemple cette sœur missionnaire au Niger, et ils vont bien maintenant après des années d'existence laborieuse qui affirment leur guérison.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Thèse de Berthier)

TUBERCULOSE DU CÆCUM. — ENTÉRECTOMIE. — SPHACÈLE INTES-
TINAL. — FISTULE. — GUÉRISON COMPLÈTE SE MAINTENANT
APRÈS DIX-SEPT ANS.

Mme R... Philomène, trente six ans, veloutière à Chama-
gnieu (Isère).

La malade entre à l'hôpital St-Joseph le 30 mai 1902, en-
voyée par le Dr O... avec le diagnostic probable d'appendicite.

Pas d'antécédents héréditaires ou collatéraux à signaler.
Mariée à vingt-deux ans, il y a quatorze ans, mari bien por-
tant ; deux enfants de douze et neuf ans bien portants. Pas de
fausse couche. Réglée à quinze ans toujours régulièrement. Pas
de maladies antérieures.

Il y a sept ou huit mois a commencé à souffrir de temps en
temps de douleurs abdominales sous forme de coliques, sur-
tout du côté droit. « Ça lui roulait dans le ventre » dit-elle. Ces
phénomènes survenaient par intermittence. La malade était
habituellement constipée. Depuis cette époque est faible et ne
mange pas, souffre de l'estomac, etc...

C'est il y a sept jours que la malade a de nouveau senti
assez brusquement des douleurs dans la fosse iliaque droite
qui l'ont obligée à se coucher. Le ventre était ballonné « il

« criait » dit-elle. Le médecin « lui faisait dégonfler son côté droit à mesure qu'il appuyait dessus avec le doigt ». Maintenant la malade souffre modérément ; elle a des borborygmes que l'on entend à plusieurs reprises pendant l'examen. L'examen du ventre montre d'abord un empatement général de tout le côté droit au-dessous de l'omblic. Après avoir palpé pendant un moment la fosse iliaque et senti sous la main des gargouillements très nets la région se dégonfle. On sent alors, non pas dans la fosse iliaque mais plus haut au-dessus et en dedans de l'épine iliaque, une tumeur dure, fixée, à limites pas très nettes, un peu sensible à la palpation, du volume d'un gros œuf, un peu bosselée.

Rien d'anormal au toucher vaginal et rectal.

Présente au point de vue digestif des phénomènes d'obstruction chronique intestinale : constipation, nausées, envies de vomir fréquentes dès qu'elle a mangé, ballonnement du ventre, mouvements péristaltiques, coliques qui disparaissent quand surviennent les gargouillements. La malade n'a jamais vomi. Cœur et poumons rien à signaler ; pouls à 96.

Température et urines normales.

On admet comme probable le diagnostic d'appendicite, on renvoie la malade lui conseillant de revenir dans deux mois se faire opérer.

7 juillet 1902. — Rentre de nouveau se plaignant toujours de mal digérer et de souffrir dans le ventre, cependant l'état général n'est pas mauvais. On sent toujours la petite tumeur un peu plus grosse qu'une noix. La malade dit toujours que parfois son côté droit se gonfle et se dégonfle avec des mouvements péristaltiques et des borborygmes ; les coliques disparaissent alors.

Ces phénomènes toutefois se produiraient moins souvent qu'il y a quelques mois. L'appétit est bon, l'état général satisfaisant. En raison de l'incertitude du diagnostic, de l'état général satisfaisant et aussi de la chaleur, on conseille de repartir pour revenir en septembre.

10 novembre 1902. — Rentre de nouveau se plaignant toujours d'affaiblissement général et de troubles digestifs.

A l'examen, au niveau de la fosse iliaque droite, par moments, formation d'une voussure qui disparaît bientôt après avec un bruit de gargouillement.

Bruit hydroaérique à la percussion. A la palpation on sent l'intestin se contracter sous la main au moment où se forme la voussure. Après, quand la fosse iliaque est affaissée, on sent un tumeur petite, dure, mobile, non douloureuse. Il existe certainement un rétrécissement sur l'intestin au niveau de la fosse iliaque.

Douleurs modérées provoquées par l'ingestion de tous les aliments non liquides. Cependant, ni vomissements, ni constipation. Pas de fièvre mais affaiblissement progressif.

La malade cependant est encore en un état relativement bon et peut très bien supporter un shock opératoire important. On décide l'intervention pour le 14 novembre. D'ici là alimentation exclusivement liquide, 15 grammes d'huile de ricin et lavement.

14 novembre 1902. — Anesthésie éther, puis discontinuée au Billroth : la malade est restée sans anesthésie pendant presque toute la durée de l'opération. Laparatomie verticale de 30 centimètres au niveau de la fosse iliaque droite.

On tombe immédiatement sur la tumeur qui siège au niveau du cæcum et sur une poche intestinale dilatée formée par la portion terminale de l'iléon.

On établit d'abord une anastomose latéro-latérale à trois plans de sutures (séro-séreux, séro-musculaire et muco-muqueux) à la soie fine en surjet entre le côlon ascendant et la portion terminale de l'iléon.

On coupe aux ciseaux entre deux pinces de Kocher les deux extrémités de l'anse à enlever, à deux centimètres environ de l'anastomose. On thermo-cautérise les deux bouts de l'anse à enlever et l'on ferme en cæcum en trois plans, à la soie fine, les deux bouts des anses anastomosées.

On résèque alors au-dessus des pinces hémostatiques étagées le triangle de mésentéré attenant à l'anse malade. Dans cette résection on attire le duodénum que l'on reconnaît et que l'on évite de blesser. On termine en liant chacune de ces pinces au catgut Repin.

On place une mèche iodoformée à la place de la tumeur et l'on referme le ventre en trois plans.

Examen de la pièce. — Longueur totale du côté du mésentéré 13 centimètres ; du côté opposé 18 centimètres. La pièce

est entourée d'appendices graisseux ; elle renferme dans son mésenteré de nombreux ganglions surtout au niveau de l'angle iléo-cœcal.

L'appendice est méconnaissable, épaissi, induré jusqu'à son extrémité. Son péritoine est altéré, couvert de fausses membranes.

Il existe un point très rétréci où l'on ne peut pas passer le petit doigt. Des ciseaux ordinaires passent à peine.

Il y a du côté de l'intestin grêle un grand rétrécissement de la paroi par hypertrophie des couches fibro-muqueuses : sur certains points cet épaississement mesure 5 ou 6 centimètres. Au niveau de ce point sténosé, la surface de l'intestin est verruqueuse, présentant de petites élevures ressemblant à des grains de riz cuits, sur le gros intestin dont 9 centimètres ont été réséqués on trouve une série de petites ulcérations taillées à l'emporte-pièce, ressemblant à une série de chancres mous, qui se disposent suivant une bande transversale par rapport à l'axe de l'intestin. Il y avait donc là pour l'avenir probablement le point de départ d'une sténose nouvelle.

Examen histologique (M. Mérioux). — « Sur le fragment de la tumeur, on voit que les tuniques sont épaissies, il y a de la sclérose du muscle ; en certains points il existe une inflammation interstitielle plus jeune avec infiltration de cellules rondes.

« Je n'ai rien vu dans le ganglion qui puisse mettre sur la voie d'un diagnostic. A noter seulement de l'inflammation subaiguë des tissus ».

Suites opératoires. — Assez simples jusqu'au dixième jour où l'on enlève la mèche ; on aurait dû l'enlever plus tôt ; elle était adhérente, le décollement en a été difficile. On remarque qu'elle est imbibée d'un suintement douteux à odeur stercorale.

Le lendemain on constate l'existence d'une fistule intestinale : un tout petit fragment de paroi d'intestin sphacèle sort par la plaie. Les matières sortent en partie par la fistule. Il est probable que l'on a réséqué un peu trop de mésentère. Néanmoins la malade va à la selle par la voie normale. On panse sa plaie à la pommade au xéroforme. Pas de température. Pas de phénomènes péritonéaux.

7 décembre 1902. — Selles normales ; la fistule donne beaucoup moins ; il n'y a plus qu'un léger suintement liquide.

Bon appétit, bon état général.

15 décembre 1902. — Selles quotidiennes par l'anus ; encore un suintement par la fistule qui est presque fermée. Toujours bon état général. On facilite les selles par des suppositoires glycérinés.

15 novembre 1919. — La malade nous écrit que depuis son opération elle peut travailler et n'est jamais restée au lit. Elle éprouve seulement un peu de gêne au niveau de sa cicatrice. La fistule a disparu depuis l'année 1903.

En somme guérison se maintenant depuis dix-sept ans sans incident grave.

OBSERVATION II

(Thèse de Berthier 1902)

TUBERCULOSE DU CÆCUM. — OBSTRUCTION INTESTINALE. — ENTÉRECTOMIE. — GUÉRISON COMPLÈTE SE MAINTENANT APRÈS DIX-SEPT ANS.

Jean-Joseph B..., quarante-quatre ans, cultivateur à Thuelin (Isère).

Le malade entre à l'hôpital St-Joseph le 16 juin 1902, se plaignant de douleurs dans le ventre pendant la digestion.

Pas d'antécédents héréditaires ni collatéraux. Marié à vingt-six ans, il y a dix-huit ans, un enfant de onze ans bien portant. Il a fait cinq ans de service militaire et pendant ce temps a eu du paludisme, bien qu'il ait toujours été en France (Valence). Le malade actuellement reprend encore de temps en temps des accès de paludisme.

Il y a six ans, a eu une affection abdominale qualifiée de « typhlite » par un médecin : il a été pris très brusquement d'une vive douleur dans la fosse iliaque droite ; elle dura deux jours à l'état très aigu, puis est allée en diminuant. Le malade a continué à souffrir un peu pendant plusieurs mois, enfin il a pris de la diarrhée qui dura pendant un mois. Depuis cette époque, il souffre de temps en temps, deux ou

trois fois par an, de douleurs abdominales ; mais voilà un mois et demi, que les crises sont continuelles. C'est plusieurs heures après son repas que le malade commence à souffrir, il ne sait pas bien préciser le point de l'abdomen où commence la douleur ; en tous cas celle-ci est violente, consiste en coliques qui s'accompagnent de météorisme, de gargouillements, de mouvements péristaltiques, etc...

Les coliques disparaissent au moment où se produisent les gargouillements.

A l'examen, on sent à la palpation de l'abdomen une tumeur dure, peu douloureuse, à limites peu précises, située au-dessus et en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure. Tout l'abdomen est sonore ; en certains points, qui d'ailleurs ne sont pas toujours les mêmes, on a à la percussion un bruit hydro-aérique. — Périodes plus ou moins longues de diarrhée ; jamais de sang dans les selles.

Rien aux poumons ni au cœur, pouls normal à 60. Très bon état général. Température et urines normales. Poids 60 kilos.

19 juin 1902. — Opération. Anesthésie à l'éther puis discontinue au Billroth sans incidents. — Incision comme celle de Roux pour l'appendicite mais plus longue ; à l'ouverture de l'abdomen, un peu d'ascite. On sent une grosse tumeur au niveau du cæcum. Le gros intestin est peu mobile et assez difficile à attirer hors de la plaie. Le grêle au contraire, distendu et épaissi, se laisse très difficilement sortir du ventre.

On fait d'abord une anastomose entre l'ans grêle sus-cæcale distendue et le côlon ascendant, anastomose en surjet à trois plans à la soie fine. A 3 centimètres environ de l'anastomose, section du grêle entre deux longues pinces de Kocher ; cautérisation au thermo du bout de l'anse à enlever. L'autre bout est fermé en cæcum par un triple surjet à la soie fine. Même section au niveau du gros intestin dont les bouts sont traités de la même façon. Mais là, l'opération est plus difficile, le gros intestin étant très adhérent à la paroi de la fosse iliaque par un péritoine épaissi ; il est très difficile de le sortir de l'abdomen.

Section, entre des pinces étagées, du méso de l'anse iléo-

cæcale à enlever ; on est obligé pour cela d'exciser une partie du péritoine épaissi de la fosse iliaque qui retient le gros intestin ; enfin la tumeur est dégagée.

On place dans la plaie une grosse mèche iodoformée et l'on suture la paroi en trois plans.

Examen de la pièce. — Elle mesure 38 centimètres dont 8 centimètres sur l'intestin grêle et 30 centimètres sur le gros intestin.

Cette dernière portion est recourbée en crosse et ne mesure 30 centimètres qu'une fois étalée.

Le doigt introduit dans l'intestin grêle est arrêté à l'orifice iléo-cæcal ; à ce niveau le calibre intestinal est réduit aux dimensions d'un crayon de moyen volume. Le défilé est long de 3 centimètres. L'intestin ouvert, on ne constate sur le gros intestin rien d'anormal, sauf au niveau de sa portion tout à fait initiale, c'est-à-dire, immédiatement après le rétrécissement, quelques franges hypertrophiées de la muqueuse.

Les lésions portent surtout sur le cæcum lui-même et sur l'orifice iléo-cæcal. A ce niveau la paroi intestinale mesure au moins 2 centimètres $1/2$ à 3 centimètres d'épaisseur ; le tissu en est dur scléreux, lardacé. Le cul de sac cæcal n'existe pour ainsi dire plus. Sur la face externe de la paroi on voit un boyau de la grosseur du pouce, soudé à cette paroi et qui est l'appendice ; lui aussi présente des parois d'une épaisseur extraordinaire. La lumière en est excessivement étroite ; à l'ouverture la muqueuse paraît macroscopiquement normale.

La portion d'intestin grêle réséquée est très épaissie aussi : un tiers de centimètre environ d'épaisseur ; elle est en outre dilatée. Au niveau de sa portion tout à fait terminale, immédiatement avant le rétrécissement on trouve sur la muqueuse trois petites ulcérations à fond inégal, rougeâtre, à bords irréguliers, non suppurantes ; elles ont à peu près les dimensions d'une pièce de 50 centimes.

Examen histologique (dû à M. Mérieux). — Fragment de la tumeur : « il ne s'agit pas d'une tumeur au sens propre ; la paroi très épaisse présente une infiltration abondante de

petites cellules qui paraissent être des éléments inflammatoires ; elles sont diffusément réparties ; on trouve cette infiltration dans les diverses couches de la paroi. Je n'ai pas trouvé de cellules géantes mais j'ai rencontré des zones en voie de nécrose ou de caséification. Les vaisseaux sont très abondants et remplis de sang. Les glandes présentent peut-être un peu d'hyperplasie ; en tous cas je ne crois pas qu'il s'agisse d'une tumeur épithéliale. Il s'agit d'une tuméfaction inflammatoire subaiguë, probablement de nature tuberculeuse. L'absence de cellules géantes et de tubercules nets ne permet pas cependant d'affirmer la tuberculose d'une façon absolue ».

Ganglions : « Ganglions légèrement enflammés, mais je n'ai vu ni tubercules, ni caséification.

« En somme tuberculose probable ».

Suites opératoires très simples ; le jour de l'opération trois litres de sérum, deux piqûres de morphine. Le cinquième jour, dix grammes d'huile de ricin provoquent une selle. La température n'a jamais dépassé 37°7. Le maximum du pouls a été 80. Le neuvième jour ablation des fils et de la mèche.

1^{er} juillet 1902. — Mange absolument de tout ; très bon appétit.

27 juillet 1902. — Quitte l'hôpital ; a pris 2 kilos depuis son opération.

20 septembre 1902. — Le malade vient se présenter ; il va très bien à tous les points de vue ; a pris depuis sa sortie 10 kilos. Mange de tout. Va à la selle régulièrement. Travail. Pas d'éventration.

20 novembre 1919. — Le malade nous écrit qu'il se porte à merveille et qu'il est robuste « je suis cultivateur et fait n'importe quel travail ».

En somme guérison se maintenant depuis dix-sept ans sans aucun incident.

OBSERVATION III

(Thèse de Berthier 1902)

TUBERCULOSE DU CÆCUM FISTULEUSE AVEC TROUBLES DIGESTIFS
DATANT DE DIX ANS. — ENTÉRECTOMIE. — OCCLUSION INTESTI-
NALE SIX ANS APRÈS. — GUÉRISON SE MAINTENANT APRÈS DIX-
SEPT ANS.

Marie P... religieuse à Ste-Blandine (Isère), 29 ans.

La malade entre à l'hôpital St-Joseph le 27 mars 1902.

A. P. Rien à signaler jusqu'à l'âge de quinze ans, époque de son entrée au couvent. L'année suivante elle accuse les premières manifestations de sa maladie actuelle ; manifestations d'abord passagères entrecoupées de longs intervalles de santé, puis à peu près permanentes. Elle prend d'abord la fièvre muqueuse, reste malade un mois. L'année suivante, nouvelle fièvre muqueuse mais reste malade quatre ou cinq mois. Les années suivantes la malade commence à éprouver quelques troubles digestifs ; constipation, digestions pénibles et difficiles, enfin localisation de la douleur et empâtement au niveau de la fosse iliaque droite. A cette époque, c'est-à-dire, il y a huit ou dix ans, un chirurgien de Grenoble lui ouvre un abcès de la région crurale « abcès très curieux » aurait dit le chirurgien qui s'étonna de n'avoir pas trouvé de lésion osseuse et de ne pas voir de claudication consécutive. Les incisions de cet abcès se sont fermées comme en témoignent les cicatrices que l'on voit au-dessus et au-dessous de l'arcade crurale droite.

Cependant deux fistules ont toujours persisté et laissent encore actuellement, suinter un peu de liquide séro-purulent. Néanmoins la malade a toujours continué à faire sa classe et ce n'est que de loin en loin que des phénomènes aigus l'obligent à quelques temps de repos.

Depuis quelques mois l'appétit qui n'avait jamais été très bon a diminué encore. La malade a beaucoup maigri, souffre davantage et depuis quelques jours, paraît-il, vomit tout ce qu'elle prend.

Examen. — Bien que maigre et pâle la malade n'a pas l'aspect cachectique. Elle indique immédiatement comme siège de son mal la fosse iliaque droite. L'on voit les cicatrices dont nous avons parlées et les deux fistules situées au-dessus de l'arcade. A la palpation de la région, on sent une tuméfaction de la grosseur d'un poing, à limites un peu vagues, peu mobile, peut-être même un peu adhérente à certains points du squelette du bassin. L'une des fistules avec la peau qui la porte est mobile sur la tumeur, l'autre lui est adhérente. La tumeur est ferme sans être d'une dureté ligneuse ; elle n'est pas très lisse, mais n'est pas non plus sensiblement bosselée ; la palpation est modérément douloureuse.

La malade raconte que par moments son ventre se ballonne, la suppuration diminue ou s'arrête, des coliques avec mouvements intestinaux et hémorrhagies apparaissent. La fin de la crise douloureuse est marquée par une recrudescence de la suppuration.

Constipation opiniâtre.

Poumons. — Rien à signaler, la malade ne tousse pas, elle est très affirmative à ce sujet.

Cœur. — Rien à signaler.

Maigrissement assez considérable. — Poids 45 kilos. Urines normales.

22 avril 1902. — La malade ne souffre plus, mais réclame instamment une intervention car, dit-elle, depuis huit ou dix ans c'est toujours la même chose, elle guérit (sans toutefois que les fistules cessent de suppurer) pendant quelques mois pour retomber ensuite.

25 avril. — Intervention du D^r Goullioud.

Anesthésie à l'éther. Incision triangulaire autour de la cicatrice fistuleuse, la fistule est explorée au stylet qui se dirige, très loin du côté de la crête iliaque. On pense qu'il s'agit d'une tuberculose osseuse dont le point de départ doit être très profond et l'on se contente après ablation du tissu cicatriciel de mettre un drain dans le trajet fistuleux.

28 avril. — Le pansement est rempli de matières fécales ; l'orifice fistuleux aboutit donc à l'intestin.

27 mai. — La plaie est à peu près cicatrisée ; la fistule à

peu près bouchée ne laisse suinter qu'un peu de liquide. Etat général excellent, mange bien, ne souffre pas.

15 juin. — Il ne reste plus de la plaie qu'un point de la grosseur d'une tête d'épingle. Toujours très bon état général mais comme la tumeur persiste on décide d'intervenir de nouveau.

17 juin. — Deuxième intervention du D^r Goullioud.

Anesthésie à l'éther puis discontinue au Billroth. Incision curviligne à concavité supéro-interne parallèle à l'ancienne cicatrice, et un peu en dedans d'elle au niveau de la tumeur. Les plans de la paroi sont confondus en un tissu lardacé scléreux. La tumeur siège sur le cæcum ; elle est adhérente à la peau. On commence par faire une anastomose latéro-latérale entre le côlon ascendant et la portion terminale de l'iléon. Suture à trois plans. Puis on sectionne entre deux longues pinces de Kocher l'iléon au-dessus de la tumeur, à peine à deux centimètres de l'anastomose. Cautérisation au thermo du bout attenant à la tumeur ; fermeture de l'autre bout en cæcum en trois plans.

Même opération sur le côlon tout près aussi de l'anastomose. Cela fait, section progressive du méso-côlon entre des pinces étagées. Hémostase.

L'anse iléo-cæcale malade est enfin libre du côté du ventre ; elle n'est plus retenue que par son adhérence à la paroi. On la dégage en faisant l'excision de la portion de tégument où venait s'ouvrir la fistule intestinale. Un point à la soie sur le mésentère ferme en partie l'excision que l'on a pratiquée dans le but de prévenir un étranglement interne ultérieur.

Mèche entre l'intestin et la paroi de la fosse iliaque. Suture à trois plans.

Anatomie pathologique. — L'anse réséquée à 22 centimètres de long ; elle comprend 9 centimètres d'intestin grêle et 13 centimètres de gros intestin. Avec le doigt introduit dans l'iléon on sent à deux ou trois centimètres de la section un point rétréci qui laisse passer le doigt, puis une petite ampoule et enfin un deuxième rétrécissement laissant à peine passer le bout du petit doigt. Dans le gros intestin l'on sent aussi un rétrécissement qui laisse passer le doigt.

La pièce ouverte on constate sur le côlon ascendant une

ulcération transversale en bracelet à bords irréguliers taillés à pic. Elle occupe tout le pourtour de l'intestin, sa largeur varie entre un et deux centimètres. Au-delà de cette ulcération la muqueuse côlique paraît saine. En deçà, elle présente des grains réziformes. Le cæcum est réduit à une petite ampoule qui admet à peu près la phalange unguéale du médius ; la muqueuse en paraît saine mais les parois sont excessivement épaissies. Sur la face externe de la paroi cæcale il semble que l'on distingue l'appendice mais il est enveloppé d'une épaisse atmosphère graisseuse.

Examen histologique (du à M. Mérieux). — Montre qu'il s'agit de lésions tuberculeuses typiques.

Suites opératoires. — *Simple.* — Pendant les-trois premiers jours deux litres de sérum et deux piqûres de morphine par jour. Le quatrième jour 10 grammes d'huile de ricin ont provoqué plusieurs selles.

Le 1^{er} juillet la malade est au régime commun ; elle mange de tout et digère bien. Bon appétit, selles régulières. Le 30 juillet quitte l'hôpital, parfaitement guérie, a engraisé de 6 kilos.

Le 25 septembre l'on reçoit des nouvelles de la malade qui dit aller très bien et avoir pris 7 kilos depuis sa sortie de l'hôpital.

La malade qui pesait 45 kilos avant son opération en pèse maintenant 58.

25 novembre 1919. — Nous recevons des nouvelles de la malade dont l'état de santé actuel est bon. Elle nous écrit qu'en 1908 elle eut à se plaindre à plusieurs reprises de violentes coliques intestinales qu'elle soignait elle-même avec succès par l'ingestion de quelques gouttes de laudanum. Le 10 juillet de cette année là (1908) elle fut subitement prise de violentes douleurs abdominales, avec ballonnement du ventre, nausées, vomissements porracés. Le D^r Perriol, de Grenoble, posa le diagnostic d'occlusion intestinale et intervint d'urgence. Le D^r Perriol a eu l'obligeance de nous transmettre les renseignements suivants : « Je constate le 10 juillet 1908 : ballonnement du ventre accentué, ondes péristaltiques, ni selles, ni gaz ; pouls à 96, fièvre à 38°4, vomissements porracés. Je pense que l'obstacle est placé haut sur le grêle et je décide une intervention immédiate. Laparotomie médiane qui permet de faire sauter rapidement une

bride étreignant le grêle assez loin du cæcum. Pas d'ascite, pas de trace de tuberculose intestinale. Suites très simples ».

Depuis la malade n'eut plus de malaise et sa santé est redevenue parfaite.

En résumé guérison datant de dix-sept ans au cours de laquelle en 1908 il y eut des accidents d'occlusion intestinale aigüe ayant nécessité une intervention.

OBSERVATION IV

(Thèse de Berthier 1902)

TUBERCULOSE DU CÆCUM. — STÉNOSE. — RÉSECTION ILÉO-CÆCALE.

PETITE PLAIE DU DUODÉNUM. — GUÉRISON. — TUBERCULOSE PULMONAIRE ULTÉRIEURE.

Anna Ch... vingt-huit ans, religieuse, demeurant à Chénas (Rhône), entre à l'hôpital St-Joseph, le 17 mars 1902, se plaignant de douleurs dans la fosse iliaque droite avec tumeur à ce niveau.

Pas d'antécédents pathologiques héréditaires ou collatéraux importants à signaler.

Personnellement, n'a jamais été d'une forte santé, mais n'a jamais, non plus, été gravement malade. Depuis son entrée au couvent, à seize ans, il y a douze ans, a souffert de phénomènes d'anémie, a eu quelques maux d'estomac, et il y a deux ou trois ans, deux bronchites. A ce moment, son médecin lui aurait dit que son poumon droit était suspect de tuberculose.

Depuis plusieurs années déjà, la malade ressent des douleurs abdominales sourdes, passagères, intermittentes ; elle a eu des périodes de diarrhée ; mais c'est depuis six mois surtout que ses douleurs se sont localisées à la fosse iliaque droite, d'une façon toute particulière. Depuis quelques temps, en outre, il existe une tuméfaction à ce niveau.

Actuellement, souffre tous les jours, mais par intermittence toujours dans le côté droit. Au moment des douleurs, elle sent parfois comme une boule se former, parfois aussi des gargouillements se produire, puis à mesure que ces phénomènes disparaissent, la douleur elle aussi disparaît progressivement. La ma-

lade n'a pas remarqué que ces douleurs aient un rapport quelconque avec ses repas ou avec les aliments qu'elle prend.

A l'examen de l'abdomen la palpation révèle une tumeur dure allongée obliquement le long de l'arcade crurale depuis l'épine iliaque jusqu'à la symphyse, de la grosseur d'un poignet, un peu douloureuse et mate ; tout le reste de l'abdomen est sonore ; l'estomac ne semble pas distendu. La tumeur est peu mobile mais ne semble avoir aucune adhérence avec le squelette.

Pendant qu'on a la main à plat sur la tumeur, on sent l'intestin se gonfler à son niveau ; il se produit un ballonnement local et la malade à ce moment accuse une douleur assez vive ; au bout d'un instant douleur et ballonnement disparaissent tandis qu'on entend un gargouillement. Il existe sur le cæcum ou à la partie terminale de l'iléon une poche sonore, tympanique ; sonorité moindre dans les fosses iliaques. Il y a probablement un rétrécissement organique sur le cæcum ou peut-être le côlon ascendant.

Rien au cœur ; pouls à 96.

Rien d'appréciable aux poumons, sauf au sommet droit, en avant, où il existe de la submatité et de l'obscurité de la respiration. Pas de râles ni de craquements.

La température oscille autour de 38°.

Urines normales.

1^{er} avril 1902. — Souffre d'une façon assez intense et presque continuellement. Quelques vomissements, surtout quand la malade prend du lait. Anorexie complète ; diarrhée continue ; la tumeur devient de plus en plus douloureuse au palper. Le toucher vaginal n'indique rien, plus que le toucher rectal.

2 avril 1902. — Anesthésie à l'éther d'abord, puis discontinue au Billroth. Incision latérale au niveau de la tumeur légèrement oblique en bas et en dedans. La portion terminale de l'iléon est très distendue et à son union avec le cæcum on sent une masse dure ; on sent aussi de gros ganglions indurés dans le méso ; entéro-anastomose entre l'intestin grêle au-dessus du segment distendu et le côlon ascendant par adossement latéral avec les trois plans de suture habituels, à la soie. Puis entre deux longues pinces de Kocher, section aux ciseaux de l'intestin aux deux extrémités de la portion malade immédiatement

en dehors de l'anastomose iléo-colique que l'on vient de faire. Cautérisation au thermo (dans un but aseptique) de la surface intestinale des deux extrémités de l'anse ainsi isolée ; les deux extrémités saines sont fermées en cæcum par un triple surjet à



FIGURE 1. — Tuberculome iléo-cæcal (Obsrev. IV), pièce entière vue par sa face antérieure (D^r Goullioud).

la soie. On sectionne progressivement ensuite entre des pinces étagées sur toute la longueur le méso de l'anse à réséquer dans lequel on trouve quelques gros ganglions ; ligature de ces pinces au Repin. Pendant une ligature sur un point du mésen-

tère correspondant au niveau du duodénum, on reconnaît sur celui-ci que le coup de ciseaux sur le lambeau méésentérique a blessé le duodénum. Là muqueuse ferme le petit orifice en fai-

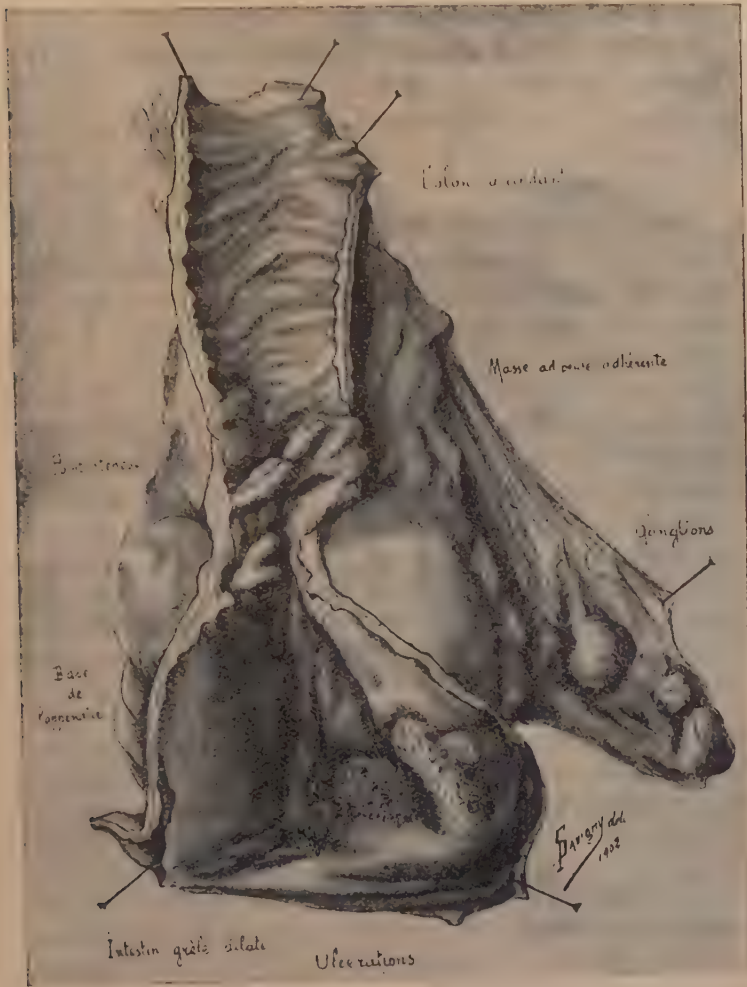


FIGURE 2. — Même pièce (Observ. IV) après ouverture de l'intestin sur sa paroi antérieure. (D^r Goullioud).

sant hernie. On fait sur la plaie du duodénum, qui, étalée, a 7 ou 8 millimètres, une double suture (type Jaboulay).

Pendant l'opération, 500 grammes de sérum.

Dans la soirée, 1 centig. $1/2$ de morphine et 500 grammes de sérum.

Le soir, T 37° ; pouls, 96.

3 avril. — 1 litre de sérum, 1 centig. de morphine. T $37^{\circ}6$ le matin, $38^{\circ}1$ le soir ; pouls à 120.

5 avril. — Selle spontanée. Pas de température. Pouls à 112.

A partir de ce jour, suites simples. Souffre beaucoup moins qu'avant l'opération, a meilleur faciès.

8 avril. — Commence à manger.

11 avril. — Ablation des fils métalliques, réunion parfaite. On enlève aussi la mèche. Pas de suppuration. On replace une toute petite mèche dans le trou. S'est levée quelques instants aujourd'hui.

28 avril. — Se lève une grande partie de la journée. Ne souffre plus du tout. Est au régime commun des malades, mangeant absolument de tout. Tous les jours, selle spontanée. Plus de clapotage intestinal.

15 mars. — Aujourd'hui pèse 35 kilos, 2 de plus que le 20 mars. c'est-à-dire 12 jours avant l'opération, laquelle date d'un mois et demi. Pendant ces douze jours qui ont précédé l'opération, la malade ne mangeant absolument rien a certainement maigri encore. Elle a donc certainement, depuis son opération, pris plus de 2 kilos.

Examen histologique (dû à M. le D^r Cade). — « Il s'agit certainement d'une lésion inflammatoire ; il y a un épaissement très marqué de la paroi intestinale et disparition à peu près complète de la muqueuse. La sous-muqueuse est entièrement infiltrée de cellules rondes inflammatoires ou embryonnaires. Au niveau de l'ulcération, le fond de celle-ci est constitué par ce tissu d'inflammation. Le muscle est infiltré aussi par les mêmes éléments, qui en certains points forment de petits îlots arrondis, et ailleurs constituent seulement des traînées d'épaisseur variable entre les faisceaux musculaires. Il y a aussi épaissement très marqué du tissu grasseux sous-péritonéal, et par

places, infiltration inflammatoire du tissu sous-séreux. Les vaisseaux sont nombreux, certains sont thrombosés. Je n'ai pu voir nulle part de cellule géante nette.

« En certains points, les cellules embryonnaires paraissent en voie de dégénérescence, mais il n'y a pas de caséification bien marquée cependant. En somme, lésions inflammatoires du cæcum. Il est très probable qu'il s'agit de tuberculose, bien que nous n'en ayons pas de preuve absolue en raison du manque de cellules géantes et de l'absence de préparations bactériologiques. »

Examen bactériologique (dû à M. Mérieux). — « Un cobaye a été inoculé. Il présente le 17 mai (un mois 1/2 après l'inoculation) une hypertrophie ganglionnaire très marquée, on le sacrifie et à son autopsie on trouve des ganglions volumineux, caséux, où l'on retrouve le bacille de Koch en grande abondance. »

7 novembre 1902. — On a aujourd'hui des nouvelles de la malade qui s'est bien portée pendant tout l'été, a repris de l'embonpoint et a vu disparaître complètement ses troubles digestifs. Elle s'est mis à tousser et à maigrir depuis quelques mois et maintenant elle est à la période ultime de la tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION V

(D^r Goullioud).

TUBERCULOME DU CÆCUM ET RÉTRÉCISSEMENT TUBERCULEUX DU GROS INTESTIN. — ENTÉRECTOMIE. — GUÉRISON MAINTENUE DEPUIS SEIZE ANS.

M. D....., Jean-Marie, 35 ans, tisseur, à Bourg-de-Thizy.

Le malade entre à l'hôpital St-Joseph, le 25 janvier 1904, pour hernie inguinale double et hernie ombilicale A. P. bonne santé habituelle.

Le malade porte un bandage pour ses hernies inguinales depuis 18 ans.

Il se plaint d'éprouver fréquemment de violentes coliques accompagnées de diarrhée et de vomissements. Il raconte qu'en

même temps son abdomen se contracte et que l'émission des gaz se fait difficilement. Les anses intestinales ont des contractions péristaltiques nettement perçues par le malade.

Examen. — L'on constate les deux hernies inguinales, la hernie ombilicale et en outre une petite hernie épigastrique. On ne trouve rien au cœur et rien aux poumons. Mais, l'attention est attirée sur la région cœcale où l'on aperçoit une induration de la grosseur d'un œuf environ, non douloureuse. L'on aperçoit en outre des contractions péristaltiques très nettes, larges, amples, s'étendant depuis l'hypocondre gauche jusqu'à deux travers de doigt de l'épine iliaque antéro-supérieure droite. Sur toute cette étendue gros clapotage.

Soupçonnant une affection gastrique on fait faire un chimisme stomacal : l'acidité totale est normale mais il y a présence d'acide lactique.

Le 3 février 1904. Intervention du Dr Goullioud. — Lavage d'estomac préalable. Anesthésie à l'éther sans incident.

Incision exploratrice de l'ombilic à l'appendice xyphoïde car l'on croit à une sténose pylorique. L'on constate que l'estomac n'est pas dilaté et qu'il n'y a rien au pylore.

L'attention se porte immédiatement du côté du cæcum. On prolonge l'incision en bas jusqu'au pubis. L'on voit l'intestin grêle énorme, distendu, faire aussitôt hernie. Le côlon transverse, au contraire, est aplati et diminué de volume. Au niveau du cæcum on sent une induration diffuse avec des adhérences qui fixent l'organe. D'autres noyaux durs sont disséminés sur le trajet du côlon. La 1^{re} indication étant de rétablir la perméabilité du tube intestinal on fait une anastomose entre une des dernières anses grêles distendues et la partie moyenne du côlon affaissé. Suture à trois plans. Avant d'avoir terminé l'abouchement le Dr Goullioud a la sensation que la circulation des gaz s'est rétablie dans le côlon qui se dilate.

On procède ensuite à l'ablation de la tumeur iléo-cæcale. Les limites fixées sont d'une part quelques centimètres en amont de l'angle iléo-cæcal, d'autre part la partie moyenne du côlon ascendant. Du côté du côlon et du côté du grêle on sectionne entre deux pinces. L'on ferme en cæcum les deux extrémités intestinales destinées à rester dans l'abdomen, au moyen d'une suture à trois plans.

Il n'y a plus qu'à réséquer la portion iléo-cæcale exclue. Les deux tranches de section de l'intestin malade sont cautérisées au thermo. On rompt les adhérences, on sectionne le méso-côlon ascendant.

Drainage par une contre-ouverture dans la fosse iliaque droite, suture à un plan. — L'opération a duré deux heures un quart.

Anatomie pathologique de la pièce. — La pièce réséquée comprend 5 centimètres d'iléon et 15 centimètres de gros intestin. Le cæcum apparaît recouvert de masses fibreuses surtout vers l'angle iléo-cæcal, au milieu desquelles l'appendice est noyé et à peine reconnaissable. Au milieu de ces tissus nombreux ganglions.

La paroi cæcale est dure et épaissie. On trouve une première striction au niveau de la valvule de Bauhin et une deuxième à cinq centimètres en avant de la section du côlon. Etranglement très serré ne permettant pas le passage du doigt. La surface de section du cæcum est épaissie et lardacée et au niveau de l'étranglement principal, sur la face interne on constate une belle ulcération.

La pièce envoyée à l'examen histologique, il se confirme que l'on a affaire à des lésions tuberculeuses.

Suites opératoires. — Très simples. L'on fait deux litres de sérum, le jour et le lendemain de l'opération.

Le 25 février 1904 le malade quitte l'hôpital dans un état très satisfaisant, il n'y a eu aucune complication ; le malade pèse cinquante kilos.

Le 10 avril 1904 le malade revient à l'hôpital pour se faire opérer de ses hernies, il a pris 8 kilos, il pèse cinquante huit kilos. Il ne se ressent nullement de l'intervention précédente, mange bien, digère bien. On lui fait la cure radicale de ses hernies et le 30 avril 1904 il quitte l'hôpital guéri.

Le 20 novembre 1919, nous avons reçu des nouvelles du malade que nous avions recherché et trouvé. Il nous écrit : « qu'il ne se ressent en rien de son opération faite il y a seize ans. Il a quelques points de suture qui ont lâché mais il porte une ceinture qui le soutient et lui permet de faire son travail habituel ».

OBSÉRVATION VI

(D^r Goullioud)

TUBERCULOSE DU CÆCUM. — RÉSECTION LARGE ILÉO-CÆCALE. —
GUÉRISON SE MAINTENANT APRÈS DIX ANS.

Mme F... Eugénie, 33 ans, Religieuse de N. D. des Apôtres, Lyon.

La malade entre à l'hôpital St-Joseph le 12 septembre 1909, pour douleurs abdominales.

A. H. Parents morts de vieillesse.

A. C. Frères et sœurs en bonne en santé.

A. P. Paludisme depuis 12 ans. (Sœur des Missions Africaines).

Il y a quatre mois que la malade en faisant un effort a ressenti une douleur très vive dans la fosse iliaque droite au niveau du point de Mac-Burney. Depuis il persiste une douleur sourde à ce niveau.

La malade se plaint aussi d'expectorer beaucoup le matin et d'avoir eu quelques hémoptysies légères.

Constipation habituelle.

Examen : Malade assez grasse, pèse soixante kilos. A la palpation de l'abdomen on trouve dans la fosse iliaque droite, au niveau du point de Mac-Burney, une petite masse indurée, légèrement mobile, superficielle, peu douloureuse. Cette induration siège probablement sur le cæcum.

Rate un peu hypertrophiée.

Toucher vaginal. — Utérus en rétroversion, rien aux annexes.

Poumons. — Sommet droit suspect.

Cœur normal,

Intervention par le D^r Goullioud, le 21 septembre 1909. — Incision latérale droite. Le cæcum apparaît induré par places, l'induration remonte assez haut.

Entéro-anastomose latéro-latérale, angle droit du côlon et portion terminale de l'iléon. Pincés de Doyen, trois plans de suture. Résection du cæcum sur une longueur de 28 centimètres. Section de l'intestin entre deux Kocher longues. Cautérisation au thermo des extrémités de la portion réséquée. Suture en cul-de-sac des extrémités intestinales attenant à l'anastomose.

On achève la résection en sectionnant le mésocôlon ascendant après avoir repéré l'uretère. Suture de la paroi à trois plans. Drain.

Anatomie pathologique. — La pièce comprend le cæcum sur une longueur de 28 centimètres, l'iléon sur une longueur de 4 centimètres. La paroi du cæcum est indurée et mesure un centimètre d'épaisseur. Sur sa face interne on trouve deux ulcérations profondes dont l'une la plus importante, occupe le fond du cæcum et la valvule de Bauhin. La partie terminale de l'iléon est indemne. L'on trouve çà et là de nombreuses granulations dont quelques-unes sont en voie d'ulcération.

Suites opératoires très simples. Le 11 octobre 1909, la malade sort de l'hôpital.

Le 20 février 1910, la malade va très bien, elle a engraisé de 15 kilos, elle déclare ne se ressentir aucunement de son opération ; elle mange de tout et fait de longues courses sans éprouver aucun mal. Elle se prépare à partir en mission au Niger.

Le 26 août 1910, l'on reçoit des nouvelles de la malade qui est au Niger, elle dit souffrir dans le côté droit du ventre et avoir traversé une mauvaise période ces derniers jours : diarrhée avec fortes coliques, vomissements, surtout au moment des règles, mais elle a cependant un bon état général.

Le 16 novembre 1919, nous recevons des nouvelles de la malade qui est toujours au Niger.. Depuis dix ans, date de son opération, elle supporte sans se plaindre les fatigues de son travail et celles du climat équatorial.

OBSERVATION VII

TUBERCULOME ILÉO-CÆAL. — LARGE ENTÉRECTOMIE. — GUÉRISON
DATANT DE DIX ANS PASSÉS

D... Louis, 39 ans, passementier, à Lyon.

Le malade entre à l'hôpital Saint-Joseph, le 6 avril 1909, pour douleurs abdominales.

A. P. — Pleurésie gauche à 23 ans. Marié, père de trois enfants, dont un mort en bas âge.

L'affection actuelle a débuté, il y a trois et demi par des douleurs dans les fosses iliaques, s'irradiant dans tout l'abdomen et s'accompagnant de ballonnement, de péristaltisme et de bruits hydro-aériques. Pendant les six premiers mois, ces douleurs furent supportables, mais elles sont plus violentes depuis. Le malade traversa à cette époque une période de crises très douloureuses qui l'obligèrent à s'aliter pendant huit jours. Pas de vomissements, mais des nausées. Le malade reprit ses occupations mais, tous les quinze jours environ, les douleurs reviennent pendant une période de durée variable.

C'est en février 1909, qu'est survenue la plus forte crise de douleurs. Le malade fut obligé de garder le lit pendant huit jours, il eut des nausées et quelques vomissements bilieux. Aujourd'hui, 6 avril, le malade n'a pas eu de crise depuis quinze jours.

Examen : On constate au niveau du cæcum une masse dure ; cette masse double de volume pendant les crises au dire du malade.

Malade maigre. Aspect de dyspeptique, il pèse 58 kilos et déclare avoir maigri de 5 kilos depuis trois ans.

Les douleurs surviennent généralement l'après-midi, 5 à 6 heures après les repas. Elles se localisent surtout à droite.

Poumons et cœur, rien à signaler.

Urines, ni sucre, ni albumine.

Le D^r Goullioud décide d'intervenir.

7 avril 1909. Intervention par le D^r Goullioud. Anesthésie au Billroth.

Incision de Roux au niveau de la fosse iliaque droite. Après

ouverture du péritoine on constate sur le cæcum la présence d'une masse dure ; l'intestin sus-jacent n'est pas dilaté.

Entéro-anastomose latéro-latérale unissant une anse grêle au côlon transverse. Suture à trois plans. La portion terminale de l'iléon est sectionnée à 10 centimètres environ de son abouchement dans le cæcum. Le bout supérieur est fermé en cæcum par trois plans de suture. Même manœuvre sur le gros intestin.

Cautérisation au thermo des deux segments de l'intestin du côté de la tumeur.

Réséction de la partie isolée ; la libération se fait facilement.

Drains. Suture à un plan.

Anatomie pathologique. — La pièce enlevée comprend 10 centimètres d'intestin grêle et 30 centimètres de gros intestin. Au niveau de la valvule de Bauhin, épaissement considérable laissant passer difficilement un instrument. Les tuniques du cæcum sont considérablement épaissies ; sur la muqueuse l'on voit des végétations et des ulcérations. Au niveau de l'appendice qui est très augmenté d'épaisseur, l'on a une cavité close ne communiquant pas avec l'intestin et offrant du côté de son extrémité libre un diverticulum avec un petit calcul.

Suites opératoires très simples.

Le 24 avril 1909, le malade quitte l'hôpital très satisfait.

30 juin 1909, le malade vient se montrer. Il a un très bon état général et a engraisé de 7 kilos en deux mois.

Le 17 novembre 1919. Dix ans après l'intervention, le malade va très bien, il travaille comme par le passé ; il a simplement un petit point d'éventration qu'une ceinture maintient parfaitement.

En résumé, guérison depuis dix ans sans accidents.

OBSERVATION VIII

(D^r Goullioud)

TUBERCULOSE DU CÆCUM. — APPENDICITE TUBERCULEUSE. —
RÉSECTION ILÉO-CÆCALE. — GUÉRISON SE MAINTENANT DEPUIS
SEPT ANS.

Mlle L... Angélique, 33 ans, sœur hospitalière, à Paray-le-Monial.

La malade entre à l'hôpital St-Joseph le 3 décembre 1912, pour symptômes d'appendicite chronique.

A. C. — 10 frères et sœurs. Une sœur morte à 22 ans d'affection pulmonaire.

A. P. — Pas de maladie grave jusqu'ici mais a eu à 21 ans un peu de prolapsus utérin que l'on essaya sans succès de soutenir par un pessaire. Ce prolapsus rend la malade incapable de tout travail pénible. Il y a deux ans que l'affection actuelle a commencé par des douleurs dans la fosse iliaque droite. Ballonnement du ventre après les repas.

Il y a deux mois la malade ressentit des coliques violentes particulièrement au point de Mac-Burney et s'accompagnant de vomissements et de diarrhée ; la température monte à 38°. Cet état dura trois jours ; l'on cru à une appendicite chronique.

Il y a quinze jours répétition des mêmes phénomènes, la malade entre à l'hôpital pour se faire opérer.

Examen : On constate dans la fosse iliaque droite, au-dessus du point de Mac-Burney une induration dure, ligneuse, un peu allongée dans le sens vertical, formant un petit cylindre, donnant l'impression d'une tumeur du cæcum.

Toucher vaginal : le col est peu abaissé. Cystocèle.

La malade est réglée très irrégulièrement, elle n'a pas vu ses règles depuis deux ans.

Cœur normal.

Poumons : rien à signaler.

Urines : ni sucre, ni albumine.

Poids : 43 kilos.

Le 12 décembre 1912. Intervention du D^r Goullioud. — In-

cision de Roux. On attire au dehors le cæcum et la portion terminale de l'iléon.

Anastomose latéro-latérale de la portion terminale de l'iléon et du côlon transverse au-delà des lésions. Pincés de Doyen. Suture à trois plans. On sectionne l'iléon et le côlon transverse entre deux pincés de Kocher. On ferme en cæcum les deux extrémités intestinales. Exérèse des parties malades. Section du mésocôlon, hémostase. Drain. Suture à un plan.

Anatomie pathologique. — La pièce enlevée comprend le cæcum et cinq centimètres du gros intestin, l'appendice et la portion terminale de l'intestin grêle sur une longueur de vingt centimètres. Le cæcum est induré, surtout sur sa face postérieure. A la coupe l'on constate que sa cavité a presque complètement disparue ; elle est occupée par des néoformations dures, ulcérées par places blanchâtres, granuleuses. L'appendice est tuméfié et présente des lésions tuberculeuses. Sa cavité est close et contient un liquide brunâtre. L'intestin grêle est dilaté et présente des ulcérations nombreuses.

L'examen histologique fait au laboratoire de l'hôpital St-Joséph par le D^r Faysse, confirme qu'il s'agit de lésions tuberculeuses.

Suites opératoires. — Sont très simples. Le lendemain et surlendemain de l'opération la température reste autour de 39, le pouls est à 110, mais il y a une défervescence rapide et le 13 janvier 1913 la malade quitte l'hôpital dans un état très satisfaisant.

Le 12 août 1917, le D^r Goullioud revoit la malade ; elle va très bien au point de vue abdominal mais tousse beaucoup.

Le 15 novembre 1919 ayant recherché la malade nous recevons de ses nouvelles. La malade écrit que depuis qu'elle a vu le D^r Goullioud en 1917 son état a été en s'améliorant chaque jour ; elle n'a jamais eu de fièvre depuis son opération et depuis longtemps elle a repris ses occupations habituelles. Elle est très satisfaite de son état de santé. Elle ne tousse plus.

En somme guérison se maintenant après sept ans. En 1917 la toux de la malade avait laissé une certaine inquiétude mais ce ne fut qu'un incident passager.

OBSERVATION IX

(D^r Goullioud)

TUBERCULOME DU CÆCUM. — RÉSECTION ILÉO-CÆCALE. — GUÉRISON MAINTENUE DEPUIS CINQ ANS

Mlle C... Jeanne, 16 ans 1/2, guimprière, à l'Arbresle.

La malade entre à l'hôpital le 10 décembre 1914 pour douleurs abdominales.

A. P. — Péritonite à 11 ans soignée à la Charité.

Bronchite à l'âge de 15 ans qui dura trois mois.

Pas encore réglée. Hernie inguinale gauche depuis l'âge de sept ans.

L'affection actuelle a débuté il y a un mois par des douleurs abdominales, généralisées à tout le ventre. Ces douleurs s'accroissent d'intensité progressivement et fréquemment la malade vomit trois ou quatre heures après les repas. Depuis cinq jours les douleurs sont intenses, la malade vomit ; elle aurait eu des vomissements fécaloïdes. Les selles sont régulières cependant.

Examen. — Ventre ballonné, légèrement tendu ; l'on voit une contraction péristaltique très nette, s'accompagnant d'un bruit hydro-aérique ; on sent, au-dessus de la ligne horizontale, passant par le point de Mac-Burney, une petite induration douloureuse qui semble siéger sur le cæcum. Quand on donne des petites secousses sur la fosse iliaque gauche, on a un peu de clapotage, indiquant peut-être une anse distendue.

Poumons, normaux.

Cœur, un peu accéléré, pouls à 112.

Urines, ni sucre, ni albumine.

La radioscopie des sommets donne une image claire sans lésion.

17 décembre. — Sous l'influence de suppositoires glycerinés la malade est allée abondamment à la selle de sorte que les phénomènes de subocclusion se sont calmés rapidement et que la malade ne souffre presque plus.

Le D^r Goullioud pense à la tuberculose du cæcum et se

décide à intervenir pour prévenir de nouveaux accidents de subocclusion.

30 décembre 1914. — Intervention.

Anesthésie au Billroth. Grande incision iliaque droite. On reconnaît immédiatement une anse intestinale très distendue et une tumeur qui paraît être un tuberculome du cæcum et qui est très mobile, de sorte qu'on l'extériorise aussitôt.

L'anse distendue est la portion susjacente de l'intestin. On se décide à réséquer une importante portion de l'intestin de façon à se trouver sur une anse saine.

Anastomose latéro-latérale de l'extrémité inférieure de l'intestin grêle avec le gros intestin à une distance de 20 centimètres au-dessus et 20 centimètres au-dessous de la tumeur. Pincés de Doyen. Suture à trois plans. On sectionne ensuite le gros intestin entre deux pincés de Kocher, immédiatement entre l'anastomose et la tumeur. On fait deux plans de suture avec va et vient sur l'extrémité intestinale. L'intestin étant coupé en haut on sectionne le mésocôlon mais on est très gêné pendant ce temps par l'abondance des ganglions. Après avoir isolé la tumeur par la pédiculisation de son mésentère on sectionne l'intestin grêle. Drainage.

A cause de la durée de l'opération suture à un plan.

Anatomie pathologique. — Il s'agit bien d'un tuberculome du cæcum. Les parois sont hypertrophiées ; il y a une sténose prononcée au niveau de la valvule iléo-cæcale. Grosses lésions. Il y a 30 centimètres d'intestin grêle réséqué. Nombreux ganglions.

Suites opératoires. — Très mouvementées. Le lendemain de l'opération la malade a 39°8; son pouls est à 145, faible, sans tension, difficile à compter. La malade se plaint de mal de gorge, l'on donne une potion de digitale. La défervescence se fait rapidement mais la température s'élève de nouveau deux jours après. En enlevant les fils, l'on constate un peu de suppuration de la paroi. Au point de vue abdominal la malade n'a jamais donné beaucoup d'inquiétude. Les fonctions intestinales se sont très simplement rétablies.

Le 22 février 1915 la malade quitte l'hôpital.

6 juin 1918. — Nouveau séjour à l'hôpital. La malade vient

pour adénites cervicales. Les ganglions cervicaux sont indurés, mobiles, on ne juge pas utile d'intervenir, on donne du sirop iodotannique. La malade est très grasse ; sa cicatrice est en excellent état.

13 octobre 1919. — Troisième séjour à l'hôpital. La malade qui n'avait pas souffert depuis son opération en décembre 1914 a depuis trois mois quelques douleurs abdominales et de grandes difficultés pour digérer. Depuis quelques jours elle a de la diarrhée.

Le Dr Goullioud pense à quelques brides qui gêneraient la circulation des gaz. La malade est gardée en observation pendant huit jours mais un mieux subit s'étant déclaré l'on ne constate rien d'anormal, pas de douleurs, pas de diarrhée, quant à l'état général il est parfait et la malade est dans un état d'embonpoint excessif.

Un examen radioscopique des voies digestives après ingestion de bismuth ne montre rien d'anormal à l'estomac, l'évacuation intestinale se produit régulièrement.

Le 17 novembre 1919 nous recevons des nouvelles de la malade qui a repris son travail et qui n'a plus de malaise depuis son dernier séjour à l'hôpital.

En somme guérison datant de cinq ans et qu'aucun incident grave n'a encore démentie.

OBSERVATION X

(Dr Olivier)

TUBERCULOME ILÉO-CÆCALE. — RÉSECTION. — GUÉRISON. —
FISTULE CONSÉCUTIVE. — BONNE SANTÉ APRÈS TROIS ANS.

Mlle Valérie C..., 15 ans, de Moosch (Alsace).

Cette jeune fille entre à l'hôpital de Moosch (Alsace) dans un état très grave en Août 1916. Malade depuis un an, elle souffre dans la fosse iliaque droite interne, a de la diarrhée presque continuelle interrompue par de courtes périodes de subobstruction et présente de la température. L'état général est très mauvais ; l'amaigrissement considérable.

A l'examen. — L'abdomen est légèrement ballonné ; l'on constate dans le flanc droit et la fosse iliaque droite, la présence d'une volumineuse masse, qui a tous les signes d'une tumeur du cæcum et du côlon ascendant.

Aux poumons l'on ne trouve rien d'anormal.

Au cœur, les bruits sont normaux.

Les urines claires abondantes ne présentent ni sucre, ni albumine.

Devant la gravité de l'état général, la persistance de la diarrhée, le D^r Olivier décide une intervention qui est pratiquée le 19 août 1916.

Intervention. — Anesthésie à l'éther sans incident. Laparotomie latérale droite sur le bord externe du droit. L'on voit de suite qu'il s'agit de lésions tuberculeuses de la région iléo-cæcale, à forme de tuberculome.

L'on voit cependant, en surplus quelques granulations sur la fin du grêle, et sur le côlon ascendant.

L'on se décide à la résection des parties lésées, qui se fait assez facilement. Anastomose latéro-latérale iléo-transversaire à la suture. L'on résèque trente centimètres d'intestin grêle malade, le cæcum, le côlon ascendant, et une partie du transverse. L'on place un drain sur la zone de décollement de la tumeur et l'on suture à trois plans.

Anatomie pathologique. — La pièce est constituée par de volumineuses lésions tuberculeuses ; elle comprend comme parties malades : la terminaison du grêle, le cæcum, le début du côlon ascendant. Ces parties sont parsemées de granulations. Les parois de l'intestin sont extrêmement épaissies ; la muqueuse présente des ulcérations dont l'une, la plus grande est large comme une pièce de cinq francs et siège sur le cæcum.

Suites opératoires. — Elles furent assez dramatiques, par suite d'une imprudence incroyable de la malade. Celle-ci, en effet, absorbait le lendemain de l'opération tout un repas, constitué par une pleine boîte de sardines, des gâteaux, du vin et d'autres liquides. Malgré la gravité des accidents, la malade échappa à la mort, mais il se créa au bout de quelques jours une fistule intestinale qui persistait encore au départ du D^r Olivier vers le début de septembre.

Son ambulance ayant quitté la région, le Dr Olivier n'eut plus de nouvelles de sa malade jusqu'au 20 novembre 1919.

20 novembre 1919. — Ayant fait des recherches pour connaître le sort de cette malade, nous en avons reçu des nouvelles et nous avons appris avec satisfaction que son état de santé était très bon.

Son histoire fut la suivante : La malade quitta l'hôpital ayant toujours au niveau de sa cicatrice une petite fistule par où s'écoulait un peu de pus. Elle reprit, malgré cela, la vie normale.

En juin 1918, souffrant d'une éventration au niveau de sa ligne de suture, elle consulta le Dr Mazet (de Lyon) qui se trouvait à Moosch. Celui-ci décida une intervention espérant en même temps faire la cure de la petite fistule. L'intervention se passa sans incident et depuis la malade dit « aller très bien ». Elle travaille à l'usine, mange et dort bien, et n'éprouve aucun trouble intestinal, suivant les expressions de sa lettre. Cependant, la fistule, quoique beaucoup plus petite, persiste, donnant issue à quelques gouttes de pus.

En somme, guérison datant de trois ans et quatre mois chez une malade opérée dans un état très précaire et dont la santé serait parfaite si ce n'était le léger suintement purulent, donné par la fistule.

OBSERVATION XI

(Dr Goullioud)

TUBERCULOSE DU CÆCUM. — RÉSECTION ILÉO-CÆCALE. — MORT
D'INTOLÉRANCE GASTRIQUE HUIT ANS APRÈS.

Mlle M... Emilie, 33 ans, religieuse, à Lyon.

La malade est envoyée à l'hôpital pour tuberculose iléo-cæcale, le 11 octobre 1904.

A. P. — Malade dyspeptique depuis longtemps a eu l'année dernière une période de gastralgie avec sensations de brûlure épigastrique, de pyrosis, de vomissements acides.

Les règles sont très irrégulières et douloureuses. La malade ne tousse pas l'hiver.

La maladie actuelle a débuté au mois de janvier par des douleurs dans la fosse iliaque droite du ballonnement du ventre, de la constipation, des vomissements. La malade prit une purgation, qui fit cesser tous ces désordres.

Pendant les deux ou trois mois qui suivirent, la malade vomissait parfois et avait toujours une douleur sourde dans la fosse iliaque droite. En avril, la diarrhée fit son apparition. Les matières auraient été colorées en noir quelquefois. Irrégulièrement survenaient des coliques en même temps que des ballonnements du ventre.

Au mois de juillet une crise plus aiguë survint avec douleurs très vives, vomissements noirs, pas de selle, ni de gaz pendant un jour. Depuis ce temps la malade a des coliques, de la diarrhée, des douleurs lancinantes dans le ventre.

Examen. — Etat général, assez bon, faciès coloré. Poids, 40 kilos. On trouve dans la fosse iliaque droite, au niveau et en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, une masse de la grosseur d'un œuf, de consistance ferme à surface irrégulière, douloureuse à la pression. Cette masse ne se prolonge ni en haut ni en bas elle paraît limitée ; l'on ne constate pas de contractions péristaltiques ; l'abdomen est ballonné uniformément.

En résumé, petite tumeur de la fosse iliaque sans signes actuels de sténose mais affection chronique avec diarrhée tenace.

Poumons et cœur normaux.

Toucher rectal et vaginal négatifs.

Le 26 octobre 1904, intervention par le D^r Goullioud.

Anesthésie au Billroth. Incision de Roux.

Dès l'ouverture du péritoine on cherche le cæcum et l'on trouve celui-ci très induré. Il s'agit certainement de lésions tuberculeuses du cæcum et l'on se décide à faire une entéro-anastomose suivie d'une entérectomie.

Entéro-anastomose latéro-latérale réunissant la partie terminale de l'iléon et le côlon transverse. Suture à trois plans. L'intestin grêle est sectionné entre deux pinces de Kocher à quatre centimètres en amont de la valvule. L'on cautérise au thermo la surface de section du bout inférieur et l'on ferme le

bout supérieur par une suture à deux plans. Le premier plan muquo-muqueux, le second en bourse sur le péritoine. Le gros intestin est ensuite sectionné entre deux pinces de Kocher, à 13 centimètres environ au-dessus du grêle ; le bout cæcal est cautérisé au thermo et le bout supérieur est fermé par trois plans de suture. L'on fait l'exérèse de la pièce en sectionnant le mésocôlon et les adhérences qui la réunissent à la paroi postérieure. L'on met un drain et l'on fait trois plans de suture.

Anatomie pathologique. — La pièce enlevée comprend 4 centimètres d'intestin grêle, 13 centimètres de gros intestin et l'appendice. Elle pèse 190 gr., le cæcum est augmenté de volume ; il est induré surtout à la base de l'appendice. La paroi est épaissie et la surface interne de la muqueuse est ulcérée sur une étendue de 5 centimètres. L'ulcération est peu profonde, couverte de végétations, les lésions sont surtout accentuées au fond du cæcum. Le méso sectionné contient plusieurs ganglions volumineux mais ne présentant pas à la coupe de substances caséuses. L'intestin grêle ne présente pas de lésions.

Examen histologique. — Processus inflammatoire caractérisé par une infiltration intense de toutes les tuniques de l'intestin. Cette infiltration inflammatoire, jointe à la tendance à la nécrose et à la présence d'îlots caséifiés, fait songer déjà à la tuberculose. Cette hypothèse se trouve confirmée par l'existence de cellules géantes, volumineuses, très riches en noyaux, avec un protoplasme en voie de caséification. Cela constitue la signature de la lésion. Il s'agit de tuberculose du cæcum.

Suites opératoires. — Très simples, sans incidents.

10 novembre 1904. — Les fonctions intestinales se sont rétablies rapidement, la diarrhée a disparu.

17 novembre. — La malade sort de l'hôpital en bonne santé.

12 décembre. — La malade vient se montrer à la consultation, elle se plaint d'avoir encore quelques coliques et de la diarrhée. L'examen du ventre ne révèle rien de particulier, sauf au niveau de la cicatrice.

Le Dr Goullioud se demande s'il n'y aurait pas des adhérences ou une autre sténose.

Le 22 janvier 1905. — La malade revient à la consultation ;

elle va mieux cependant elle se plaint d'avoir de temps en temps de la diarrhée avec des coliques et des gargouillements. L'on ne trouve rien à l'examen l'on conseille un régime et un séjour à la campagne.

Le 14 novembre 1919. — N'ayant plus de nouvelles de la malade et ayant écrit à la sœur supérieure de la communauté à laquelle elle appartenait, nous apprenons que celle-ci est décédée le 20 février 1913, c'est-à-dire huit ans et quatre mois après son intervention.

Le médecin qui la soigna, nous écrit qu'il ne constata chez cette malade qu'une intolérance gastrique complète s'accompagnant d'un état de dénutrition très accentuée. Il ne découvrit aucune tumeur. Cette intolérance gastrique serait à rapprocher de la gastralgie, et des vomissements noirs que nous avons signalés au début de l'observation de cette malade. Il s'agit peut-être de lésions gastriques de même nature que les lésions intestinales.

OBSERVATION XII

(D^r Goullioud)

TUBERCULOME DU CÆCUM. — RÉSECTION INTESTINALE LARGE. —
FISTULE CONSÉCUTIVE. — DEUXIÈME ENTÉRECTOMIE POUR CURE
DE LA FISTULE ET RÉCIDIVE DE TUBERCULOSE INTESTINALE NEUF
ANS APRÈS. — MORT DE PÉRITONITE.

Mme Emmanuel F..., 21 ans, demeurant à Lyon.

Entre à l'hôpital le 10 octobre 1907 pour douleurs abdominales.

A. P. — Pas de maladies graves. Mariée à 18 ans. Un enfant âgé de deux ans, bien portant. Mari bien portant.

L'affection pour laquelle la malade vient à l'hôpital a débuté il y a deux ans, quelques temps après son accouchement. Le début s'est fait par des douleurs dans le côté droit de l'abdomen. Ces douleurs devinrent plus intenses ces derniers mois et la malade constata qu'elle avait une tumeur dans le côté droit du ventre. Un médecin consulté envoie la malade à l'hôpital.

A l'examen. — L'on voit une voussure qui est située entre l'ombilic et l'épine iliaque antéro-supérieure droite. Cette voussure s'affaisse subitement en même temps qu'on entend un bruit hydro-aérique et que se dessine une contraction péristaltique typique. La malade dit que ça se passe ainsi chaque fois qu'elle a des douleurs. Au palper l'on sent immédiatement une induration entre le point de Mac Burney et l'épine iliaque antéro-supérieure, induration qui a 10 centimètres de longueur, se prolongeant du côté du côlon ascendant et qui paraît bosselée.

Au toucher vaginal pas de lésions des annexes.

Poumons. -- La malade a toussé l'hiver dernier. A l'auscultation l'on trouve un peu d'obscurité respiratoire au sommet droit ; à la percussion il y a une sonorité moindre à ce niveau. Mais pas de lésions en évolution.

Cœur. — Rien à signaler poulx à 100.

Urines. — Ni sucre, ni albumine.

La malade dit avoir beaucoup maigri elle a de mauvaises digestions ; elle va mal à la selle, ayant tantôt de la constipation, tantôt de la diarrhée. Son poids est de 39 kilos ; sa température est à quelques dixièmes au-dessus de la normale.

25 octobre 1907. — *Intervention par le D^r Goullioud.*

Anesthésie au Billroth sans incident.

Incision latérale droite de 18 centimètre environ. Il s'écoule un peu d'ascite. L'on constate un tuberculome très net du cæcum.

Anastomose latéro-latérale de la portion terminale de l'intestin grêle (à 15 centimètres environ de la valvule iléo-cæcale) avec la première portion du côlon transverse.

On sectionne au bistouri entre deux pinces l'intestin grêle puis le côlon. On ferme l'extrémité de l'intestin grêle par trois plans de suture et l'on enfouit cette extrémité suturée par deux fils passés dans la séreuse.

L'on fait de même pour le côlon, mais l'on ne fait que deux plans de suture.

L'on sectionne le mésocôlon entre de nombreuses pinces, l'on enlève la tumeur.

Drainage. — Suture à trois plans.

Anatomie Pathologique. — La pièce enlevée mesure 37 centimètres de long dont 28 pour le côlon. Le D^r Goullioud a dû

réséquer une partie du côlon transverse, parce qu'en son milieu, il y avait un second point malade, reconnaissable à l'induration extérieure.

La portion d'intestin grêle enlevée est saine. Au moment de la portion du côlon enlevée se trouve aussi une partie saine de 10 centimètres de long. La surface interne présente partout ailleurs des tubercules extrêmement nombreux, se touchant tous, garnissant absolument toute la surface ; il y a des grains riziformes. Toute la paroi malade se trouve extrêmement épaissie, mais surtout en deux points où elle forme deux rétrécissements nets.

L'un de ces rétrécissements se trouve à 4 centimètres de l'extrémité sectionnée du côlon, l'autre tout près de la valvule.

Suites opératoires. — Le quatrième jour après l'opération, l'on donne 10 gr. d'huile de ricin à la malade. Il y a plusieurs selles diarrhéiques.

4 novembre. — La température tombe à la normale. L'on enlève les fils. Par le drain s'écoule un liquide séro-purulent d'odeur infecte. On réduit de 1 centimètre la longueur du drain que l'on remet en place.

7 novembre. — Pansement : pus verdâtre, abondant.

11 novembre. — La température irrégulière depuis quelques jours s'est élevée à 39°2. Un abcès commence à bomber sur la ligne de suture.

Les selles sont toujours diarrhéiques.

14 novembre. — L'abcès signalé, s'est ouvert, laissant échapper un pus fétide. La température est tombée. L'on raccourcit le drain à nouveau.

9 janvier 1908. — La malade quitte l'hôpital (2 mois 1/2 après son intervention). La suppuration est à peu près tarie. Elle se faisait par deux petites fistules que l'on a cautérisées plusieurs fois et qui, maintenant, ne donnent presque plus.

L'état général est excellent : la malade mange beaucoup et a engraisé visiblement. On lui donne régulièrement de l'huile de foie de morue.

29 juin 1908. — La malade revient se montrer. Son état général est très bon, elle pèse 53 kilos (au lieu de 39 jadis). Cependant une petite plaie s'est ouverte à l'angle inférieur de

la cicatrice. On la touche au chlorure de zinc et l'on envoie la malade à la campagne.

Deuxième séjour à l'hôpital Saint-Joseph. — 3 septembre 1915. — La malade revient à l'hôpital ; elle présente à l'angle inférieur de la cicatrice une petite fistule par où s'échappe du pus. Au-dessus de la cicatrice, à deux ou trois centimètres l'on perçoit une induration. Si l'on presse à ce niveau du pus s'écoule par la fistule. L'on croit que quelques gaz s'échappent aussi par cette fistule.

L'on se décide à intervenir.

16 septembre 1915. — *Intervention par le Dr Goullioud.* — Le petit orifice fistuleux conduit dans une cavité sous-aponévrotique tapissée de fongosités et qui pénètre à 3 ou 4 centimètres de profondeur. On incise la paroi pour ouvrir cette cavité, on curette. On ne constate ni fil, ni corps étranger ; on tamponne la petite cavité à la gaze iodoformée.

26 septembre. — A la suite de ce curage, il y a eu un fort écoulement et probablement un suintement intestinal.

6 octobre. — La malade sort de l'hôpital. Il reste une fistule. On conseille de revenir dans six mois si la fistule persiste ; car l'on réinterviendra et l'on fera une exérèse.

Troisième séjour à l'hôpital. — 29 mars 1916.

Plusieurs fistules persistent depuis quelques mois, des matières et des gaz s'échappent par elles.

La malade a souvent de la fièvre depuis son dernier séjour en septembre 1915.

7 avril. — *Intervention par le Dr Goullioud.* — Anesthésie générale au Billroth.

Après avoir touché tous les points fistuleux au chlorure de zinc à 10 % on circonscrit la région par une incision ovale qui permettra d'enlever la peau malade en même temps que l'intestin.

Sur la lèvre externe de l'incision, l'on constate un petit abcès qui fuse à travers la paroi. On le contourne profondément avec soin en tâchant de ménager la couche aponévrotique.

L'on arrive à bien détacher l'intestin dans la profondeur. Le bout de l'intestin grêle arrive libre d'adhérence et sain. Mais

du côté du gros intestin, l'on constate des lésions tuberculeuses se prolongeant loin.

Afin de pouvoir pratiquer une bonne entérectomie, l'on fait une deuxième incision à peu près médiane. Elle permettra de se porter assez à gauche pour faire une entéro-anastomose sur une portion saine et libre du côlon descendant.

On abouche l'anse grêle qui est à peu près à 15 centimètres de sa terminaison avec la partie supérieure du côlon descendant. Après avoir sectionné, on ferme en cæcum du côté de l'intestin grêle et du transverse.

On fait l'exérèse.

Suture à trois plans des deux incisions. On laisse une mèche de drainage dans l'incision latérale.

Anatomie Pathologique. — La pièce comprend outre une grosse masse épiploïque, 16 centimètres d'intestin grêle sur lequel se trouve une petite fistule intestinale, puis 5 centimètres de gros intestin malade et 9 centimètres de gros intestin sain.

Donc, entérectomie itérative chez une malade ayant déjà subi une large entérectomie neuf ans auparavant.

13 novembre. — La température s'est subitement élevée hier, elle monte aujourd'hui au-delà de 40°. La malade meurt de péritonite.

Le D^r Goullioud regrette de ne pas avoir opéré en deux temps ; c'est-à-dire de ne pas avoir fait dans un premier temps une entéro-anastomose à gauche qui aurait rétabli la circulation et rendu plus propre la région à opérer dans le deuxième temps où l'on aurait pu enlever le côlon droit avec plus de chance de succès.

CONCLUSIONS

Nous pouvons tirer de nos observations les conclusions suivantes :

1° L'entérectomie large dans la tuberculose iléo-cœcale donne, d'une façon générale, des survies prolongées et des guérisons complètes. Nous avons constaté la guérison définitive :

après 17 ans dans 3 cas.

après 16 ans dans 1 cas.

après 10 ans dans 2 cas.

après 7 ans dans 1 cas.

après 5 ans dans 1 cas.

après 3 ans dans 1 cas.

après 2 ans dans 1 cas.

2° Ces résultats sont obtenus par des résections très larges, fréquemment de 30 à 40 cm. dans nos observations. Ces résections étendues sont nécessitées par des foyers échelonnés de tuberculose plus ou moins sténosante, en aval du cœcum, sur le côlon ascendant ou transverse, beaucoup plus que sur le grêle.

3° Presque toutes les interventions sur nos malades ont été faites en un temps. Deux succès, l'un par Shock chez un enfant de 15 ans, l'autre par péritonite dans une réintervention pour nouvelle enté-

rectomie, ont fait regretter, que l'on n'ait pas songé à faire l'opération en deux temps dans ces deux cas. Celle-ci se trouvera indiquée avantageusement chez tous les sujets en état de moindre résistance ou porteurs de fistules pyo-stércores.

4° Comme tous les tuberculeux opérés et guéris, l'on peut supposer que ces malades restent exposés à une évolution ultérieure de l'infection tuberculeuse sur les divers organes. Nous avons vu trois de nos malades succomber :

2 de tuberculose pulmonaire.

1 de méningite tuberculeuse.

5° Ces malades moururent dans les mois qui suivirent l'intervention. Il semble que, lorsqu'une tuberculose, atteignant d'autres organes viscéraux, n'évolue pas, peu après l'intervention, la guérison a les plus grandes chances d'être durable. On peut supposer que le rétablissement normal des voies digestives permet à ces malades de lutter contre l'infection.

Vu : Le Président de la Thèse,

Le Doyen, TIXIER.

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 17 janvier 1920.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

Pour le Recteur et par délégation :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université.

E. DEPERET.

BIBLIOGRAPHIE

- ABOULKER. — Thèse de Paris 1899. Contribution à l'étude clinique des tumeurs non cancéreuses de l'anse iléo-cæcale.
- APERT. — *Presse Médicale*, 14 décembre 1898.
- ALGLAVE. — Thèse de Paris 1904. Traitement de la tuberculose chirurgicale iléo-cæcale.
- BAILLET. — Thèse de Paris 1894. De la résection du segment iléo-cæcale.
- BENOIST. — Tuberculose locale de la région iléo-cæcale. Thèse de Paris 1893. *Gazette des hôpitaux*, avril 1898.
- BÉRARD. — Société de chirurgie de Lyon, mai 1900 et avril 1904.
- BÉRARD et MOURIQUAND. — *Société des sciences médicales de Lyon*, 30 mai 1906.
- BÉRARD et PATEL. — Formes chirurgicales de la tuberculose intestinale.
- BERTIER. — Thèse de Lyon 1902. De l'entérectomie dans les tumeurs du cæcum.
- BOUILLY. — Congrès français de chirurgie, juillet 1889. *Bulletin de la Soc. de chirurgie*, mars 1892.
- BROCA. — *Bulletin de la Soc. anatomique de Paris*, décembre 1891 et mars 1892.
- BAKER. — *Archiv. für Klinische chir.* 1906.
- BELGRAND. — Th. de Paris 1904. Etude clinique et thérapeutique de la tuberculose chirurg. de la région iléo-cæcale.
- CANNADAY. — *Annals of Surgery*, avril 1919.
- CARREL. — Th. de Paris 1897. Résection de l'anse iléo-cæcale.
- CATELIN. — *Presse Médicale*, juillet 1898.
- COQUET. — Variétés chirurgicales des tumeurs cæcales tuberculeuses. Thèse de Paris 1894.

- CORNIL. — Académie de Médecine 1904.
- CZERNY. — Centralblatt für chir. 1889. — *Beitrage für Klinische chir.*, 1890 et 1892.
- CROUZET. — Thèse de Lyon 1905. — Thérapeutique chirurgicale de la tuberculose iléo-cæcale.
- COURTILLIER. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1896.
- DELORE et CHALIER. — *Société des sciences Médicales*, 7 nov. 1906.
- DELORE et PATEL. — *Revue de Chirurgie*, 1901.
- DIEULAFOY. — Cliniques 1902. — *Semaine Médicale*, 1902.
- DELBET. — *Société de Chirurgie*, 13 mai 1907.
- DURAND et SANTY. — *Lyon Médical*, 1913.
- ESSOR. — *Revue générale Montpellier*, 1892.
- ESCHENBACH. — *Réunion des Chirurgiens de Berlin*, 13 décembre 1909.
- GAYET. — *Société de Chirurgie de Lyon*, mai 1900.
- GÉRARD et MARCHAND. — *Chirurgie du gros intestin*, 1902.
- GESLIN. — Th. de Paris, 1909. — Tuberculose sténosante du cæcum chez l'enfant.
- GUÉRIN. — *Lyon Médical*, 1917.
- GIRODE. — Contribution à l'étude des tuberculoses iléo-cæcales. Th. de Paris, 1898.
- GOULLIQUOUD. — Entérect. pour tumeurs cæcales. — *Province Médicale*.
- GUINARD. — *Traité de Chirurgie*. — LE DENTU et DELBET. — *Société de Chirurgie*, juin 1909.
- HARTMANN et PILLIET. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1891.
- HARTMANN. — *Revue de Chirurgie*, 1907.
- ITIÉ. — Th. de Montpellier 1899. Tuberculose intestinale hypertrophique.
- JABOULAY. — *Société des Sciences Médicales*, 1903 et 1904. — *Lyon Médical*, 1899-1900-1902.
- JABOULAY et PATEL. — *Société Nationale de Médecine*, 14 déc. 1903.
- JULLIARD. — *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 1897.
- KOERTÉ. — *Dentsh Zeits für. Chir.*, vol. 40, 1895.

- LE BAYON. — Th. de Paris, 1892. — De la typhlite tuberculeuse chronique.
- LÉGUÉ. — *Société de Chirurgie*, 14 déc. 1910.
- LYON. — *Gazette des Hôpitaux*, nov. 1891.
- LE DENTU. — Congrès international de la tuberculose, 1905.
- MARCHARD. — Th. de Genève, 1898.
- MARIE. — *Mercredi Médical*, 1894.
- MARCHAND. — *Bulletin Société de Chirurgie*, 1892.
- MONTPROFIT. — *Congrès chirurgical*, Paris 1901.
- NOVÉ-JOSSERAND. — *Société des Sciences Médicales de Lyon et Lyon Médical*, avril 1896. — *Société de Chirurgie de Lyon*, mai 1900.
- PANTALONI. — Paris 1897. — Tuberculose du cæcum statistique d'opérations.
- PAUCHET (d'Amiens). — XIX^e congrès de chirurgie, octobre 1905. — *Presse Médicale*, 1918 : extirpation aseptique du côlon droit pour constipation, tuberculose ou cancer.
- POLAILLON. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, juin 1894.
- PILLIET et THIERRY. — Contribution à l'étude de la tuberculose du cæcum. — *Progrès Médical*, 1894.
- PATEL. — Tuberculoses chirurgicales de l'intestin grêle. — Thèse de Lyon, 1902.
- PEYROT. — Th. d'agrégation de Paris, 1880. — De l'intervention chirurgicale dans les obstructions de l'intestin. — XIV^e congrès de chirurgie, 1900.
- PILLIET. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, novembre 1891.
- RECLUS. — *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, mars 1892. — *Clinique de Chirurgie*, 1902. — *Bulletin Médical*, 1903.
- ROUTIER. — *Bulletin Société de Chirurgie*, 1903. — *Société de Chirurgie*, février 1908.
- ROUX. — Congrès de chirurgie, Paris, 1902.
- SACHS. — *Archives für Klin. Chir.*, 1892.
- SALZER. — *Beitrag zur Path. und chirurg. Therapie chromschen Cœcumerkrankungen*, *Archiv. f. Klin. Chir.*, Berlin, 1892.
- SHELTON HORSLEY (of Richmond). — *Annales of Surgery*, 1919. — Résection du cæcum et du côlon ascendant.

SAVARIAUD. — *Association Française de Chirurgie*, Paris, oct. 1905.

TERRIER. — *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, février 1892.

TERRIER et GOSSET. — *Revue de Chirurgie*, 1901.

TISSIET. — *Bulletin Société anatomique*, 1894.

TÉDENAT. — XII^e Congrès de Chirurgie.

TUFFIER. — *Presse Médicale*, 1900.

VILLENEUVE. — *Marseille Médical*, 1897.

VAUTRIN. — Tuberculose du cæcum. — *Congrès Chirurgical de Paris*, 1897.

VERLIAC. — *Revue de la Tuberculose*, 1904.

WYETH. — Tuberculose du cæcum. *New-York Médical*, 1898.

WIENER Joseph (of New-York). — *Annals of Surgery*, 1914.

